Rok XLV. Kraków 27 Stycznia 1906. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (jun.)
I asystent kliniki.

O ile mięsaki w okolicy stawu kolanowego często się zdarzają, o tyle pierwotne mięsaki t o r e b k i stawu kolanowego są rzeczą bardzo rzadką i tylko dziewięć takich przypadków zdołałem znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie. Wszyscy piszący o tej sprawie chorobowej z naciskiem podnoszą trudność rozpoznania tego cierpienia, i nasz przypadek jest p i e r w s z y m. rozpoznanym p r z e d operacyą.

Zdaje nam się, że cierpienie to łatwiej będzie wcześnie dobrze rozpoznać, jeśli tylko wogóle o tej postaci mięsaków w każdym przypadku zmian stawu kolanowego pamiętać będziemy, a z drugiej strony dokładnie zapoznamy się z objawami i przebiegiem tej sprawy chorobowej. To jest najważniejszym powodem do podjęcia i ogłoszenia niniejszej pracy, mającej nietylko naukowe, lecz i praktyczne znaczenie, gdyż jedynie w c z e ś n i e rozpoznane mięsaki można leczyć operacyjnie z dobrym wynikiem. Nie jeden zaś z przypadków, dotychczas opisanych, uważano przez dłuższy przeciąg czasu za inną chorobę i leczono zachowawczo, lub też dokonywano nie dość doszczętnego zabiegu, przez co narażano chorego na miejscowe lub ogólne nawroty.

Naprzód zestawię przypadki, dotychczas opisane:

I. A n n a n d a l e (*Med. Chir. Soc. of Edinburgh* 1896) i T u r n e r (*Lancet*, 1894). A n n a n d a l e znalazł u chorej, 33 lat liczącej, mało ruchomy guz w okolicy łąkotki prawej (*cartilago semilun. dextr.*), znikający przy ucisku. Chora cierpi na to kolano już od półtora roku i doznaje utrudnienia w chodzeniu. Przy operacyi znaleziono guz wielkości fasoli, ściśle połączony z torebką maziową. Guz ten wycięto, rana zagoiła się bez powikłań, a badanie drobnowidowe wykryło mięsakową przyrodę guza (*sarcoma myeloideum*). Po 8 latach ponownie badając chorą, stwierdzono zupełny brak bólów w kolanie. Chora ma się zupełnie dobrze.

II. G a r r é (Diffuses Sarcom der Kniegelenskapsel. *Beiträge zur klin. Chir.* 1891, VII). Kobieta 34 l., o wyglądaniu suchotniczem, uczuła przed 9 miesiącami przy podchodzeniu na schody ból w lewem kolanie. W trzy miesiące później cierpienie znacznie się pogorszyło, noga osłabła, lecz żadnego obrzęku chora wtenczas nie zauważyła. Od miesiąca leczy się z powodu znacznych bólów. Stan obecny: U chorej źle odżywionej jest kolano lewe w znacznym stopniu wrzecionowato obrzękłe. Obwód jego wynosi 37 cm., gdy obwód kolana zdrowego nie przenosi 30 cm. Obrzęk ten sięga ku górze na szerokość dłoni powyżej rzepki, a ku dołowi aż po guzowatość (*tuberositas*) piszczeli. Cała kończyna nieznacznie obrzękła, w kolanie lekko przykurczona, skóra ponad kolanem napięta, świecąca, żyły widoczne, porozszerzane. Ruchy czynne upośledzone: chora może zginać i wyprostować nogę aż do kąta 170°. Ruchy bierne w tym samym stopniu upośledzone, przy większych wychyleniach bolesne.

Nadto dadzą się wykonywać lekkie r u c h y w a h a d ł o w e z b o k u n a b o k. Trzeszczenia (*crepitatio*) wykazać nie można. Przy zgiętem kolanie można wymacać wielki guz po obu stronach ścięgna mięśnia czworogłowego. Guz ten nie chełbocze, jest konsystencyi stałej. Torebka stawowa jest przedewszystkiem zgrubiała, rzepka uniesiona, a zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) wypełniony guzem stałym, ciągnącym się aż pod kolano i wypełniającym cały dół podkolanowy. Stąd ucisk na żyłę podkolanową i obrzęk całej kończyny dolnej poniżej kolana. Bolesność występuje jedynie przy uciskaniu torebki stawowej o kość. Płuca bez zmian gruźliczych, mocz nie zawiera białka. Chora skarży się na bole w krzyżach. Ciepłota 38 do 38·7 rano, a 38·3 do 39·6 wieczorem. Rozpoznano gruźlicę stawu i przystąpiono do rękoczynu, uprzedzając chorą, że w toku operacyi może się okazać konieczność odjęcia kończyny.

W uśpieniu eterowem otwarto staw i znaleziono całą błonę maziową zamienioną w grubą masę brudno-żółtą, o powierzchni nierównej, grudkowatej, podobnej do zakrętów mózgowych, przyczem cała znacznie zgrubiała błona maziowa otacza jak poduszka rzepkę i kłykcie kości udowej. Zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) zapełnia warstwa tkanki łącznej, gruba na 4 ctm., tak samo i tylną część torebki stawowej. Powierzchnia stawowa kości udowej, piszczelowej i rzepki bez zmian. W ten sposób zmienionej błony maziowej nie oddziela nigdzie od sąsiednich części miękkich wiotka tkanka łączna, niema tu żadnej ostrej granicy, i dlatego torebki stawowej nie można oddzielić. Wobec tego nogę odjęto w dolnej części uda, a jamę szpikową kości udowej, wypełnioną żółtą masą, wyłyżeczkowano $3\frac{1}{2}$ ctm. w głąb. Przebieg pooperacyjny niczem niezakłócony. Po dwóch tygodniach przerzuty w pachwinie lewej, a po czterech zejście śmiertelne. Sekcya wykazała przerzuty w pachwinie lewej, w okostnej kikuta, w szpiku kości udowej, w wątrobie, w mostku, w płucach i t. d. Przy oglądaniu odciętej nogi widać po otwarciu stawu rozlane zgrubienie nowotworowe całej błony maziowej, zamienionej w tkankę białawą, miękką, wnikającą także w torebkę stawową i wzmacniające ją więzadła, przyczem jedynie chrząstki i łąkotki są nienaruszone. W niektórych miejscach dochodzi grubość błony maziowej do 1—$1\frac{1}{2}$ ctm., a nowotwór, przekraczając granice torebki stawowej, przechodzi na ścięgna i mięśnie sąsiednie. Także ścięgno mięśnia czworogłowego zniszczył nowotwór, wnikając miejscami także i w same mięśnie uda. Nadto nowotwór ciągnie się wzdłuż trzonu kości udowej i okala ją, a w okolicy zewnętrznego kłykcia przenika kość i zajmuje szpik, który w całej swej rozciągłości jest nowotworowo nacieknły. Drobnowidowo stwierdzono mięsaka okrągłokomórkowego o utkaniu oczkowatem. B a u m g a r t e n uważał za punkt wyjścia szpik kości, lecz autor sądzi, iż szpik został zajęty dopiero następowo.

III. H o w a r d M a r s h (Primary Sarcoma of the knee joint. *Lancet* 1898, II.) opisuje przypadek, tyczący się mężczyzny 21-letniego, u którego przed 14 miesiącami utworzył się w okolicy stawu kolanowego po stronie wewnętrznego kłykcia lewej kości udowej guz, dochodzący w czasie zgłoszenia się chorego do szpitala św. Bartłomieja, t. j. we wrześniu 1892 r., wielkości pomarańczy. Guz ten wydawał się zapaleniem gruźliczem okostnej, połączonem ze zgrubieniem części sąsiednich. W czasie operacyi pokazało się, że cały ów guz leży w tkance torebki maziowej i jak się zdaje, jest przyrody nowotworowej. Wycięto go wraz z sąsiedniemi częściami torebki stawowej; rana zagoiła się doraźnie, a badanie drobnowidowe dowiodło, że guz wycięty jest mięsakiem o komórkach drobnych, okrągłych i wrzecionowatych. W marcu 1895 roku zgłosił się chory z nawrotem cierpienia w postaci guza wielkości kuli bilardowej, powstałego w górnej części blizny. Guz wycięto, a badanie drobnowidowe dało ten sam wynik, co poprzednio. W grudniu tegoż roku wyłuszczono guzek wielkości orzecha z torebki maziowej po zewnętrznej stronie stawu kolanowego, w sierpniu 1896 r. dwa małe guzki po wewnętrznej stronie stawu, a w październiku

1897 r. jeszcze dwa małe guzki tej samej przyrody. W grudniu 1897 wyrósł guz wielkości orzecha włoskiego pod kolanem, przesuwając w bok tętnicę podkolanową. Gruczoły pachwinowe po tej stronie nie powiększone. Chory doznaje znacznych bólów w łydce, nogi prawie zupełnie nie może używać. Wobec tego odjęto nogę w połowie długości uda. W stawie znaleziono guz wielkości jaja kurzego, z tyłu kolana z torebki maziowej wychodzący, i drugi mniejszy guzek pomiędzy kłykciami kości udowej. Oba guzy okazują pod drobnowidem takie samo utkanie, co i poprzednie. Autor zwraca uwagę na wielką rzadkość takich nowotworów, na przewlekły, bo aż sześć lat trwający przebieg cierpienia, i na nawroty, powstające jużto w tem samem miejscu, już też w sąsiedniej tkance maziowej.

IV i V. Salter i Hardie. (Mięsakowate zwyrodnienie torebki maziowej kolana. *The Lancet.* Czerwiec, 1894 r.). Mężczyzna 26-letni, zwykle cieszący się dobrem zdrowiem, cierpiał przed 5 laty na bole w lewem kolanie, na które przez dłuższy czas szukał ulgi w wodolecznictwie. Następnie bole ustąpiły i nie pojawiały się przez dwa lata. Dopiero przed dwoma laty zauważył po raz pierwszy mały, niebolesny guzek tuż koło głowy mięśnia strzałkowego (*m. peroneus*). Guzek ten przez rok miał się nie powiększać i dopiero upadnięcie chorego na lewą nogę miało wywołać pogorszenie się cierpienia. Kolano obrzękło i stało się bolesne, przyczem chory musiał przez 5 tygodni leżeć w łóżku. Wtedy też zauważył, że guz się powiększył, a nadto gdy wstał, że nie może wcale kolana zginać. Niemożność zginania coraz się zwiększała, tak, że po pięciu miesiącach noga w kolanie zupełnie była sztywną. W tym czasie także wróciły bóle i obrzęk, ilekroć chory chodził. Leczenie przetworami jodu nic nie pomagało, a przez nakłucie wydobyto wówczas ze stawu czystą krew. Wtedy zgłosił się chory do szpitala, gdzie zauważono, co następuje: Noga w kolanie zgięta i w ustawieniu odsiebnem (w abdukcyi), przytem zupełnie sztywna (ankiloza stawu kolanowego). Całe kolano znacznie obrzękłe, przedewszystkiem po stronie zewnętrznej. Obrzęk ten jest miękki, łatwo ugniatalny, chełbotanie niewyraźne. Nadto w miejscu, odpowiadającem linii stykaniu się obu powierzchni stawowych, można wyczuć guzek twardy, ruchomy, wielkości pestki brzoskwini, podobny do oderwanej chrząstki. Cały staw był zresztą ciastowato miękki, z wyjątkiem jednego miejsca po wewnętrznej stronie rzepki, gdzie można było stwierdzić wyraźne chełbotanie. Próby ruchów biernych bolesne, zresztą chory nie skarży się na żadne bole. Przez nakłucie wydobyto z części chełboczącej i tym razem czystą krew. Postanowiono więc wykonać zabieg chirurgiczny, uzyskawszy pozwolenie chorego na odjęcie nogi, gdyby tego zachodziła potrzeba.

Cięcie poprowadzono po wewnętrznej stronie stawu, przyczem otwarto rodzaj obszernej torbieli, zawierającej krew płynną i skrzepy, a ciągnącej się daleko ku przodowi i ku tyłowi pod kolano. Po wypróżnieniu tej torbieli wydawało się, że nie łączy się ona z samym stawem, lecz że jest od niego oddzieloną cienką warstwą tkanki ścięgnistej. Tkankę tę nacięto, i wtedy napotkano masę, do ikry rybiej podobną, cały staw wypełniającą, którą wydalono, a stawu nie zaszywano, lecz pozostawiono go otwartym.

Skoro badanie wydobytej, podobnej do ikry masy dowiodło, że jest to tkanka mięsakowa o komórkach wrzecionowatych, odjęto kończynę w dolnej trzeciej części uda. Wynik operacyi był bardzo dobry i chory obecnie ma się zupełnie dobrze.

Uzyskany zaś przez amputacyę preparat przedstawiał się, jak następuje: W miejscu, gdzie dawało się wyczuć chełbotanie, znaleziono kruchą tkankę grudkowatą, podobną do ikry rybiej. Obrzęk stanowiła torbiel znacznych rozmiarów, oddzielona od stawu masą białą, podobną do ziarnek fasoli. Prócz tego znaleziono trzy mniejsze torbiele wielkości orzecha włoskiego, leżące na ścięgnach mięśni zginających i prostujących goleń, po stronie wewnętrznej kolana, a wypełnione taką samą masą ziarnistą, co i wyżej opisana większa torbiel. Na chrząstkach powierzchni stawowych tylko w niektórych miejscach widać po brzegu nieznaczne ubytki, przedewszystkiem po wewnętrznej tylnej stronie kolana, gdzie znajduje się większy ubytek chrząstki, przypominający owrzodzenie gruźlicze; zresztą zmian niema. Błona maziowa pokryta miejscami, przedewszystkiem z tyłu kolana, guzkami, przypominającymi jużto ikrę rybią, już też ziarna fasoli, bądźto krwawo-czerwonymi, bądź też białymi. Badaniem drobnowidowem stwierdzono, że owa tkanka gruboziarnista ma budowę mięsaka o komórkach wrzecionowatych, ulegających zwyrodnieniu śluzowatemu, w miejscach tylko, gdzie tkanka była jaśniejszą i podobną do ziarnek fasoli, zwyrodnienia tego nie było.

Salter zwraca uwagę na rzadkość przypadków pierwotnego mięsaka torebki stawowej. Hardie spotkał w swej praktyce prywatnej podobny przypadek, dotyczący kobiety w średnim wieku; odjął wtedy udo, jednak chora zmarła wskutek przerzutów w kościach twarzy i czaszki w 18 miesięcy po amputacyi.

VI. Lockwood. (A case of Sarcoma of the Synovial Membrane of the knee. *Clin. Soc. of London*, 1902). U młodej kobiety, cierpiącej od lat trzech na kolano, znaleziono obrzęk bolesny za dotykiem, oraz ciepłotę miejscowo podniesioną. Noga w kolanie nieco przykurczona, lecz ruchy zresztą swobodne. Rozpoznano zapalenie gruźlicze stawu i polecono leczenie miejscowe. Po roku chora zgłosiła się znowu z jeszcze wybitniejszym obrazem zapalenia gruźliczego. Przystąpiono do resekcyi kolana, lecz już w czasie tego zabiegu brak ropy jakoteż brak próchnienia kości wzbudziły pewne wątpliwości co do pierwotnego rozpoznania, co i badanie drobnowidowe potwierdziło, wykrywając mięsaka wrzecionowatokomórkowego.

Lockwood zwraca uwagę na wielkie podobieństwo tego cierpienia do gruźliczego zapalenia kolana, chociaż dobra ruchomość w stawie mimo 4-letniego trwania choroby mogła była wzbudzić pewne wątpliwości.

VII. Julliard i Descouedres. (Sarcome primitif de la synoviale du genou. *Arch. Internat. de Chirurg.* I. 6, 1904). Chora 34-letnia, dziedzicznie nie obciążona, cierpi już od lat 13 na prawe kolano. Początkowo zauważyła mały guzek po zewnętrznej stronie kolana, a wkrótce potem całe kolano znacznie obrzękło, tak iż po upływie roku było już o 8 ctm. grubsze od drugiego. Udała się wówczas po poradę lekarską, przyczem kolano z przodu nakłuto, wypuszczono około 1 litra różowego płynu i założono opatrunek uciskający. Lecz mimoto wkrótce powrócił poprzedni obrzęk kolana, a zarazem cała goleń puchnąć zaczęła. Udała się przeto chora na klinikę prof. Rouxa w Lozannie, gdzie jej trzykrotnie kolano nakłuwano, lecz bez żadnego polepszenia. Na operacyę zgodzić się zaś nie chcąc, opuściła w końcu klinikę. Od tego czasu kolano powoli wprawdzie, lecz stale coraz bardziej grubiało, pomimo stosowania środków leczniczych, tak miejscowych, jak i ogólnych, a „nawet“ leczenia się u paryskiego szarlatana! Dotkliwszych bólów doznawała chora tylko przy energiczniejszych zabiegach leczniczych, zresztą zaś nigdy; chodzić również mogła, a tylko wielki ciężar nogi i pewnego rodzaju słabość mięśni przeszkadzały chorej nieco w chodzeniu. Zresztą czuła się zupełnie zdrową i, jak podaje, nie schudła. Obecnie kolano ma postać guza wrzecionowatego, wielkości głowy; skóra okolicy kolanowej zabarwiona i łuszcząca się z powodu mnogich, przez długi czas miejscowo stosowanych leków, — napięta, ścieńczała; na niej przeświecające rozszerzone żyły i blizny po dawnych nakłuciach. Guz ten cały nie jest jednolity, lecz składa się niejako z kilku torbieli, łączących się ze sobą, z których jedna zajmuje przód kolana, a druga znajduje się po jego stronie wewnętrznej; kilka zaś mniejszych, a twardszych guzków wymacać można pod kolanem. Całe kolano chełbocze, rzepka unosi się (balotuje). Udo z powodu zaniku mięśni nieco wątlejsze od zdrowego, na goleni dojrzeć tego nie można, gdyż jest znacznie obrzękła. Obrzęk ten zajmuje też i stopę, ilekroć chora dłużej chodzi. Ruchy w kolanie swobodne, lecz w mniejszych nieco granicach (zgięcie kończyny możebne tylko do 50°). Niema ani trzeszczenia w czasie zginania, ani też żadnych ruchów nieprawidłowych. Chora chodząc nie utyka i nie doznaje żadnych bolów. Ciepłota miejscowa i ogólna nie podniesiona. Dokonano po dwakroć nakłucia po wewnętrznej stronie rzepki, przyczem wydobyto raz 10, drugi raz 500 $ctm.^3$ płynu przeźroczystego, żółtego, z guza zaś, leżącego po wewnętrznej stronie kolana, zdołano wyciągnąć jedynie kilka kropel krwi. Już po upływie tygodnia guz powrócił do pierwotnej wielkości. Przystąpiono więc do wyłuszczenia guza, (gdyż chora na odjęcie kończyny zgodzić się nie chciała), rozpoznawszy zapalenie gruźlicze kolana, któremu towarzyszy guz niezłośliwy, o właściwościach torbieli wielokomorowej. W uśpieniu eterowem poprowadzono cięcie pionowe z przodu kolana; pod mięśniem czworogłowym znaleziono guz o powierzchni poprzerzynanej bruzdami, w których leżą luźno grube żyły. Guz ten obejmuje z przodu kość udową na przestrzeni około 20 ctm., zajmuje torebkę stawową kolana i łączy się ściśle z rzepką. Przy wyłuszczaniu trzeba było przeciąć ścięgno rzepki i zabrać z niem razem całą błonę maziową stawu kolanowego, gdyż zdawała się tworzyć jedną z niem masę. Kości nie zajęte, lecz w chrząstce znaczniejsze ubytki. W czasie wyłuszczania guz pękł i wylała się z niego znaczna ilość płynu żółtego, lepkiego. Następnie poprowadzono drugie cięcie z tyłu kolana, przez które wyłuszczono tylną część torebki stawowej wraz z kilkoma z nią i między sobą połączonemi guzami. Rany zeszyto, pozostawiwszy w każdej po dwa sączki i założono opatrunek lekko uciskający. Oglądając wycięte guzy można zauważyć, że największy z nich jest torbielą, zawierającą treść płynną, mazistą, żółtą, w której pływają ziarna białe i galaretowate. Ściany tej torbieli miejscami zgrubiałe, to znów pokryte wybujałościami, podobnemi do fasoli lub orzecha laskowego, obłożone złogami włóknikowymi, przechodzą bez wyraźnej granicy w błonę maziową i obejmują rzepkę, której chrząstka miejscami

nadżarta. Błona maziowa zgrubiała, pokryta masami, podobnemi do tych, które się znajdowały na ścianach torbieli. Mniejsze guzy, wycięte z tylnej strony kolana, mają powierzchnię nierówną, są dość miękkie, barwy szarej i zapuszczają odnogi w torebkę stawową.

Czwartego dnia po operacyi trzeba było z powodu ropienia szwy rozpuścić i stosować przepłukiwania rany wodą utlenioną. Niebawem zaczęła rana coraz lepiej wyglądać i pokrywać się zdrową ziarniną, lecz wywiązało się zapalenie żyły i chora umarła w 5 tygodni po operacyi na zapalenie otrzewnej. Sekcya nie wykryła ani nawrotu miejscowego, ani przerzutów. Badanie drobnowidowe błony maziowej stwierdziło w niej pasmo tkanki mięsakowej o komórkach drobnych, okrągłych, z których również składają się guzy, wycięte z tyłu kolana i guzki kształtu fasoli, znajdujące się na ścianach torebki maziowej i torbieli; ściany torbieli są także nowotworowo nacieklé. Tu i owdzie znajdują się też komórki olbrzymie.

Dodać muszę, że znalazłem jeszcze dwa przypadki Roberta Weira, streszczone w *Centr. f. Chirurg.* 1886 r., a ogłoszone w *New York med. Record* 1886 r., w których jednak chodzi o drobne guzki ograniczone i osadzone na szypułkach.

VIII. Pierwszy przypadek Weira dotyczy 24-letniej kobiety, u której guzek usadowiony był na szypułce po wewnętrznej stronie rzepki. Po podwiązaniu szypułki wydalenie guzka. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że był to mięsak olbrzymiokomórkowy.

IX. Drugi przypadek Weira dotyczy 39-letniego mężczyzny, u którego wycięto guzek wielkości śliwki, wiszący na długiej szypułce. Rozpoznanie mikroskopowe: włókniakomięsak.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek liszajca pryszczykowego *(Impetigo herpetiformis)*.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Na całość obrazu chorobowego skóry według określenia Kaposiego składają się:

1. Drobniutkie (miliare), jako takie powstające krostki, położone powierzchownie w warstwach naskórka.

2. Krostki te pojawiają się w ciągu trwania choroby zawsze w tej samej postaci;

3. są ułożone w gromadki;

4. powstają na obwodzie ogniska w obrębie pasma skóry przekrwionej i to w miarę, jak części środkowe ulegają przemianom dalszym (strupy, obumarcie warstw naskórka podniesionych wydzieliną krostek z następowem łuszczeniem); nigdy jednak nie powstają owrzodzenia, ubytki, a więc i blizny; wieniec niejako krostek obejmuje coraz szersze kręgi. W rzędzie dalszych objawów i cech, znamionujących liszajca pryszczykowego, wymienia tenże autor: wyłączne pojawianie się choroby tylko u ciężarnych lub położnic, występowanie zmian chorobowych na skórze w pewnych miejscach (okolica wzgórka łonowego, wewnętrzna strona ud i t. d.), gorączkę z dreszczami, wreszcie zejście śmiertelne (prócz jednego przypadku) w ciągu pierwszego pojawienia się lub nawrotu choroby. Dalsze spostrzeżenia potwierdziły w zupełności opis tej choroby, przez Kaposiego skreślony, co do objawów na skórze; zmieniły się jednak zapatrywania co do wyłącznego pojawiania się jej tylko u kobiet i co do bezwzględnie złego rokowania.

Jarisch (24) hołdował tak dalece zapatrywaniom Kaposiego, że nawet przypadku, który tenże ogłosił jako „*Impetigo herpetiformis in mare*“ (1887), nie chciał uznać za tę chorobę.

W przebiegu liszajca pryszczykowego należy odróżnić: takie objawy, które spostrzegano niemal w każdym przypadku i które zdają się być w związku przyczynowym z chorobą samą, i te, które stanowią przypadkowe powikłania. Do rzędu pierwszych należą: gorączka o typie zwalniającym, poprzedzana często dreszczami, białkomocz (z nielicznymi wyjątkami w przypadku du Mesnila i Marxa, Daubera [ta sama chora], Pollacka i Gunsetta), silne bóle głowy, rychły upadek sił. W większości spostrzeżeń (Kaposi, du Mesnil i Marx, Breier, Schulze, Gross, moje spostrzeżenie) stwierdzono bezsenność, napady lęku, zajęcie świadomości, bicie serca i przeczulicę powłok skórnych. Przeczulica była powodem, że du Mesnil upatrywał przyczynę liszajca pryszczykowego w zmianach układu nerwowego (bez bliższego określenia). Jakkolwiek podobną przeczulicę skóry spotykamy w przebiegu np. półpaśca, opryszczek na napletku, które przecież z wielu względów łączymy w związek przyczynowy z zaburzeniami w odpowiednich nerwach, to z drugiej strony nie brak jej n. p. w przebiegu chorób skóry, wywołanych zakażeniem, czy to od zewnątrz, czy na drogach wewnętrznych. Tak np. Krzyształowicz (25) w przypadku, opisanym jako „*Streptococcia cutis chronica*“ nadmienia, że pojawienie się rumieni, pęcherzy na korze, poprzedzone było silnem pieczeniem, bolem skóry. Trwanie liszajca pryszczykowego wahało się w granicach od 3 tygodni do 4 miesięcy; w przypadku Daubera trwała choroba $1^1/_2$ roku. Najmłodszy osobnik miał lat 17 (Rille), najstarszy lat 84 (Hartzell).

Leczenie, jakie różni autorowie stosowali, odmienne, zależnie od zapatrywań na etyologię choroby, nazwać można tylko objawowem.

Etyologia i patogeneza liszajca pryszczykowego pozostały mimo badań, wykonanych w każdym z ogłoszonych przypadków, nie wyjaśnione. Co najwyżej wypowiedziano przypuszczenia, które dają się ująć w następujące grupy:

1. Liszajec pryszczykowy jest wyrazem odruchowego podrażnienia nerwów i naczyń w skórze w przebiegu ciąży lub u położnic (Hebra, Jarisch).

2. Tommasoli uważa liszajca pryszczykowego za wynik zaburzeń w wymianie materyi.

3. Jako sprawę ropniczą (posoczniczą) pojmują tę chorobę Kaposi, Maret, Pollack, Dauber.

4. Wreszcie du Mesnil upatruje przyczynę w zmianach układu nerwowego.

Wszystkie dawniejsze spostrzeżenia (w liczbie 13) Hebry i Kaposiego dotyczyły ciężarnych i położnic; nic też dziwnego, że mimowoli nasuwało się przypuszczenie związku przyczynowego między chorobą skóry, a ciążą, czy też połogiem. Jeżeli jednak za wzorem Hebry uważać będziemy liszajca pryszczykowego za sprawę odruchową z punktem wyjścia z macicy, to należałoby się spodziewać, że podobnie, jak to bywa w przebiegu innych cierpień skóry, niezawodnie w związku bezpośrednim z ciążą będących, — żeby przytoczyć pokrzywkę ciężarnych, wyprysk, świąd (*pruritus*), opryszczki u ciężarnych (*herpes gestationis*), i on

po skończonej ciąży ustąpi. Tymczasem w większości przypadków, jak w 5 Hebry i Kaposiego, Mareta, du Mesnila (II. spostrzeżenie), Breiera, po porodzie zwykle niedonoszonego płodu sprawa nietylko nie przycichła, ale trwała i rozwijała się dalej, wiodąc we wszystkich przypadkach prócz du Mesnila do śmierci. Jedynie Schulze podaje, że po porodzie w jego przypadku nastąpił wyraźny zwrot ku lepszemu. U mojej chorej poród donoszonego, zdrowego płodu nastąpił w 3 tygodnie po opuszczeniu oddziału przez chorą wyleczoną. Że ciąża i połóg są w rzędzie innych, bliżej nam nieznanych czynników, jednymi z najważniejszych, które usposabiają czy przygotowują grunt do powstania tej choroby, o tem dostatecznie przekonywa załączone zestawienie. Wynik rozbioru moczu, przez który Tommasoli stwierdził wybitnie zwiększoną ilość eteru zwykłego i lotnych fenolów, nasunął temu autorowi myśl, by szukać związku przyczynowego między zaburzeniami w wymianie materyi, a omawianą chorobą skórną. Ten przypuszczany związek był przyczyną, że u swojego chorego wstrzykiwał Tommasoli płyn Brown-Secquarda. Wynik nie potwierdził oczekiwań. Bądź co bądź jednak, należałoby w przyszłości w przypadkach tej choroby systematycznie badać mocz, czego dotąd nikt dosyć ściśle nie przeprowadził.

Zwolennikami trzeciego z rzędu zapatrywania, według którego liszajec pryszczykowy należy uważać za sprawę ropniczą, czy posoczniczą, są Kaposi, Maret, Pollack i Dauber. Takie zdanie miał o przyrodzie choroby Kaposi ze względu na takie jej objawy kliniczne, jak: pojawianie się na skórze krostek, towarzysząca chorobie gorączka z dreszczami, wreszcie wynik oględzin pośmiertnych w 3 przypadkach, które stwierdziły w 2 przypadkach zapalenie śródmaciczne i otrzewnej, w jednym zapalenie otrzewnej gruźlicze. Dokonane przez Kaposiego badanie treści krostek, chociaż wykryło obecność różnych drobnoustrojów, to przez wzgląd na tę okoliczność, że i w stosunkach prawidłowych nie brak ich w warstwach naskórka, nie pozwoliło wysnuć stanowczych wniosków. W dalszych spostrzeganych przypadkach za mało zwracano uwagi na badania bakteryologiczne. Ujemne wyniki podają: Freyhan w obu spostrzeżeniach, Breier, Schulze, Tommasoli i Gunsett; żadnych danych niema u Whithehausa Hartzella, Grosza, Rillego i Pollacka. Wyniki dodatnie uzyskali du Mesnil, Dubreuilh i Dauber.

Du Mesnil i Marx wyhodowali gronkowca złocistego obok żółtego czworniaka (*sarcina lutea*), którego uważać trzeba za przypadkową domieszkę przy zakładaniu hodowli. Ropa z krostki, przeszczepiona na skórę zdrową, wywołała po 48 godzinach również krostkę z silnym odczynem zapalnym, która bez dalszych objawów zaschła. Du Mesnil nie wysnuwa z tego wyniku badania żadnych wniosków.

Dubreuilh u swojego chorego wyhodował z krwi z opuszki palca gronkowca białego. Sam autor jednak nie przypisuje temu wynikowi żadnego znaczenia ze względu na uboczne okoliczności, towarzyszące zakładaniu hodowli. Dauber wyhodował dwukrotnie z treści świeżo powstałych krostek gronkowca złocistego. Tenże autor dokładnie zbadał zwój Gassera, najwyższy zwój nerwu współczulnego szyjnego, cały rdzeń, ale nie stwierdził żadnych zmian.

Z treści krostek u mojej chorej wyhodowano obok licznych kolonii gronkowca białego i paciorkowca ropotwórczego, również z krwi (po odsłonięciu żyły) liczne kolonie paciorkowca i mniej liczne gronkowca. Nasuwa się tu pytanie, czy można tym drobnoustrojom, wyhodowanym w przypadkach poprzednich i w moim, przypisać znaczenie chorobotwórcze? Obecność gronkowców w warstwach naskórka nie upoważnia do tego. Wynik badania histologicznego w moim przypadku, jak również w przypadkach du Mesnila i Daubera, nie stoi w sprzeczności z pojęciem liszajca pryszczykowego, jako wyniku zakażenia skóry, czy to od zewnątrz, czy też od wewnątrz. Coprawda, w przypadkach zakażenia skóry gronkowcami, n. p. w trądziku (*folliculitis*), również znajduje się licznie gronkowce w warstwach naskórka, a z drugiej strony np., przypadkowo tylko spotyka się paciorkowce w pęcherzykach liszajca zwyklego, chociaż one je wywołują. Cały szereg objawów klinicznych w przebiegu liszajca pryszczykowego, jak: gorączka, dreszcze, poty, prędki upadek sił i t. d. przemawia najwięcej za tem, że cierpienie należy uważać za sprawę ropniczą. Czy paciorkowce, wyhodowane w moim przypadku z krwi, można uważać za czynnik główny w powstaniu choroby, trudno rozstrzygnąć. Z dotychczasowych spostrzeżeń zdaje się wynikać, że ciąża (lub też połóg) stanowią czynnik usposabiający do liszajca pryszczykowego, czy to przez zmniejszenie odporności ustroju, czy też w inny sposób. U chorej, spostrzeganej przezemnie, badania krwi w kierunku bakteryologicznym dokonano raz jeden; ciężki stan chorej nie pozwolił badania tego powtórzyć. Być może, że badania w tym kierunku, wykonane kilkakrotnie w przebiegu choroby, pozwoliłyby na śmielsze wnioski. Wyhodowanie ze krwi chorej ziarenkowców ropnych uprawnia wprawdzie do uważania sprawy za ropniczą, nie rozstrzyga jednak pytania, czy ziarenkowce te uważać można za chorobotwórcze, czy też tylko za wyraz zakażenia mięszanego.

Zestawiając wynik dotychczasowych badań nad liszajcem pryszczykowym, możemy, sądzę, wysnuć następujące wnioski:

1. Liszajec pryszczykowy stanowi odrębną jednostkę chorobową, której z żadną inną z chorób skórnych zamienić nie można.

2. Nie można uważać liszajca pryszczykowego za chorobę, wyłącznie spostrzeganą u ciężarnych lub położnic.

3. Ciąża i połóg stanowią czynnik usposabiający.

4. Przyczyny choroby nie znamy, wiele jednak przemawia za przyrodą ropniczą cierpienia.

5. U ciężarnych, które uległy chorobie, zachodzi obawa nawrotu podczas nowej ciąży (2 przyp. Kaposiego, Mareta, du Mesnila, Gunsetta).

6. Rokowanie nie jest bezwzględnie złe, gdyż na 34 spostrzeżeń zapisano 19 zgonów, a 14 wyzdrowień (w jednym przypadku nic nie podano o zejściu).

Piśmiennictwo. 1) Dubreuilh: „Annales de Dermatologie“ 1892, str. 353 — 2) Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi, 1872. — 3) Maret: Inaugural-Dissertation. Strassburg 1887. — 4) Du Mesnil u. Marx: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1889, str. 457. — 5) Heitz-

mann: „Amer. Arch. of. Derm.“ 1878. — 6) Pataky: „Wiener mediz. Blätter“ 1880, Nr. 20. — 7) Schwarz: tamże, 1886, Nr. 27. — 8 Freyhan: „Monatshefte für pract. Dermat“, 1892, tom II. — 9) Sabolotzky: tamże, 1895, str. 643. — 10) Breier: „Zeitschr. f. Dermat.“ T. I, z. 3. 1894. — 11) Dauber: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1895. — 12) Schultze: tamże, 1895. — 13) Whitehouse: „Journal of cut. and genit.“ 1898. — 14) Hartzell: tamże. — 15) Gross: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1898, tom 45. — 16) Rille: tamże, 1898, tom 45. — 17) Tommasoli: tamże, 1898, tom 46. — 18) Pollock: „Dermat. Zeitsch.“ 1900, z. 2. — 19) Gunsett: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1901. — 20) Duhring: „The Amer. Journal of medical sciences“ 1884. — 21) Besnier: „Annal. de Derm. et Syph.“ 1884 i 1885. — 22) Brocq: „Traitement de maladies de la peau.“ 1889. — 23) Duhring: „Monatsh. f. pract. Derm.“ 1890. — 24) Jarisch: „Lehrbuch der Hauskrankh.“ 1900. — 25) Krzyształowicz: „Przegląd lekarski“ 1902, Nr. 42, 43.

O obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. J. Fels.

(Dokończenie.)

Część druga

wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego dnia 10 listopada 1905 r.

Obrzezanie u Żydów.

Jak już wspomniałem, obrzezanie znalazło u Żydów największe rozpowszechnienie, lecz z biegiem czasu doznało ono także różnych zmian i dodatków. Starzy Egipcyanie i Izraelici wykonywali obrzezanie narzędziami kamiennemi; żona Mojżesza Cippora obrzezała swego syna kamieniem ostrym (*Exodus*, rozdział IV, wiersz 25); według Herodota (II, 86) Egipcyanie do otwarcia jam cielesnych przed balsamowaniem używali noży kamiennych. Pierwotnie obrzezanie polegało na poprzecznem odcięciu napletka i odwinięciu jego reszty tak, że żołądź była odsłonięta. W tej postaci obrzezanie utrzymało się do dnia dzisiejszego u Turków i Persów, gdzie odcina się odciągnięty płat napletka; operacya zatem jest prosta i łatwa. U Żydów jednak nastały z biegiem czasu modyfikacye, które dla tej operacyi stały się niemal złowrogie. Wspomnieliśmy wyżej, że obrzezanie w starożytności obok znaczenia religijnego najbardziej miało znaczenie narodowe, to też widzimy, że w okresach narodowego i religijnego upadku zaniechano nieraz obrzezania tak dalece, że obrzezani już naciągali i przedłużali nawet pozostały po obrzezaniu napletek, by zataić odbyte obrzezanie i ujść w ten sposób bądź szyderstwu, bądź też prześladowaniu (Machabeusze, księga I, rozdz. I, w. 15; Flavius Josephus, Antiquit. Lib. XII, rozdz. V, 1 i apostoł Paweł, List do Koryntczyków. rozdz. VII, w. 18: „Jeśli kto obrzezany jest powołanym, niech nie naciąga napletka“). To odciąganie pozostałego napletka nazywano *epispasmus* (ἐπισπασμός) od ἐπισπᾶσθαι odciągać), *recutitio*, a osobę, która napletek naciągała, nazwano ἐπισπαστικος po hebr. *maszuch. Epispasmus* zaś wykonywano albo przez powolne naciąganie napletka zapomocą narzędzia, zwanego *epispaster* lub *statister*, albo nie cofano się nawet przed krwawą operacyą, którą Celsus (De medicina lib. VII, cap. 25, 1) tak opisuje: „Oddzielono warstwami i ciągle naciągając wewnętrzną warstwę napletka naokoło od korony żołędzi i tworzono w ten sposób z wewnętrznej blaszki przedłużenie zewnętrznej, by pokryć nią żołądź. By zaś przedłużony i nowo wytworzony napletek się nie skurczył, owinięto mocno całe prącie od nasady do szyjki żołędzi i stosowano zimne okłady dla zwalczenia zapalenia rany“. Te usiłowania dla ponownego odzyskania napletka istniały już za czasów Machabeuszów pod wpływem prześladowań religijnych przez Antiochusa Epiphanesa, jeszcze bardziej jednak weszły one w modę, kiedy Żydzi stykali się bliżej z Grekami i Rzymianami. Chcieli w ten sposób Żydzi uniknąć albo wstydu, kiedy zjawili się nadzy w łaźniach, lub uczestniczyli w zabawach publicznych; albo też uwolnić się od wysokich gniotących podatków, nakładanych na nich przez prawa rzymskie. Poeci rzymscy, zwlaszcza Horacy, Juwenal i Marcial wyszydzali w swych satyrach obrzezanie, jak i inne niezrozumiałe dla nich zwyczaje religijne Żydów; a ustawa rzymska zajęła wobec obrzezania poważne stanowisko, strzegąc z uwagą, by nie obrzezano żadnego nieżyda. Ważne *corpus juris*, które zezwoliło Żydom na obrzezanie swych dzieci, karało jednocześnie tego, który je wykonał na innowiercach zarówno z tym, który człowieka trzebił (pandekty). Kodeks Teodozyański groził za obrzezanie innowiercy surową karą, kodeks Justyniański utratą mienia i wygnaniem, a za obrzezanie niewolnika chrześciańskiego nietylko utratą niewolnika, który stał się wolnym, lecz obrzezakowi samemu nawet śmiercią[23]). Cesarz Hadryan usiłował nawet Żydom samym zabronić obrzezania, chociaż bezskutecznie z powodu ich zaciętego oporu.

By więc uniemożliwić późniejsze sztuczne wydłużenie pozostałego napletka, wymyślili talmudyści zabieg brutalny, który do dziś dnia w obrzezaniu się utrzymał, to jest podłużne przedarcie resztki napletka i zniszczenie tego pierścienia, przez co naciąganie późniejsze zostało zupełnie wykluczone. Ta część obrzezania nazywa się odsłonięcie żołędzi, *denudatio*, po hebr. *periah*. Z piątego stulecia po narodzeniu Chrystusa datuje się modyfikacya w obrzezaniu, która dlań stała się bardzo złowrogą, tak zwana *mecicah*, to jest wysysanie rany świeżej ustami obrzezaka, wprowadzone prawdopodobnie jako środek tamujący krew, odpowiednio do ówczesnych zapatrywań medycznych. Kiedy w dodatku Majmonides w swej podwójnej właściwości, jako wybitny uczony i wielce poważany lekarz, ten zwyczaj zalecał, wymieniając nawet różne jego korzyści, stał się on nieodzowną częścią obrzezania, wykonywaną do dnia dzisiejszego. *Talmud, Jore Deah* § 264, 3 powiada wyraźnie, że obrzezak, który krwi nie wysysa, ma być usunięty z swej czynności. Z drugiej strony Majmonidesowi należy się zasługa, że pierwszy sprawę obrzezania naukowo opracował, że rozrzucone w pismach talmudycznych przepisy i uwagi o niem zebrał, zestawił i objaśnił, podając jeszcze szereg medycznych przeciwwskazań do obrzezania, których wartość naukowo-lekarską do dnia dzisiejszego w zupełności uznać musimy. Ustawy i przepisy o obrzezaniu zawarte są w 19. rozdziale traktatu *Sabbath (misznoh* pierwsza) i w Majmonidesa *Hilchoth Milah*.

Tak więc obrzezanie u Żydów, polegające pierwotnie w starożytności na poprzecznem odcięciu napletka, przedstawia się dziś jako powikłana i złożona z kilku zabiegów operacya. Dla lepszego przeglądu podzielę obrzezanie według

[23]) Friedreich, l. c. str. 16.

Bergsona na pięć części, które po kolei omówię. Są one: 1) przygotowania do obrzezania; 2) cięcie poprzeczne, *chitah*; 3) przedarcie napletka i odsłonięcie żołędzi, *periah*; 4) wysysanie rany, *mecicah* i 5) tamowanie krwi i opatrunek.

I. Przygotowania. Jak już wiadomo, obrzezanie u Żydów wykonywa się ósmego dnia po urodzeniu, bo Abraham obrzezał swego syna Izaka według rozkazu Boga ósmego dnia. Siódmego dnia powinien obrzezak, *mohel*, dziecko oglądnąć, czy ono zdrowe i nie za wątłe do operacyi, w przeciwnym razie bowiem obrzezanie się odkłada, dopóki dziecko nie będzie zupełnie zdrowe i silniejsze. Jeśli zaś dziecko jest zdrowe i prawidłowo rozwinięte, obrzezanie odbywa się ósmego dnia bez żadnego wyjątku. Skoro z powodu przeszkód cielesnych obrzezanie nie może się odbyć ósmego dnia, nie wolno go potem wykonać w sobotę lub w pierwszym dniu uroczystego święta, jakoteż nie we czwartek, lub trzeciego dnia przed świętem uroczystem. Taksamo nie wolno obrzezać w sobotę lub w pierwszym dniu święta, jeśli dziecko się urodziło bez napletka [24]), lub z podwójnym napletkiem, albo w razie obojnactwa.

Operacyi dokonać można tylko podczas dnia. Rano przed obrzezaniem kąpie się dziecko; wprzód jeszcze powinno się zastosować lewatywkę wypróżniającą. Obrzezak lub też położna, jeśli nabrała już w tem doświadczenia, zawija dziecko w sposób następujący: nogi zawija się w prześcieradełko lub pieluszkę w trójkąt złożoną: ramiona przykłada się do klatki piersiowej, którą od barków do części płciowych obwija się opaską, 6 łokci (przeszło 3·5 m) długą i na cztery palce szeroką. Należy baczyć, by to obwijanie nie było za ciasne i krępujące. Następnie obwija się kończyny dolne opaską, 8 łokci (blizko 5 m) długą i na trzy palce szeroką, począwszy od kostek do góry tak, że moszna zostaje między udami i tylko prącie jest wolne. Tak zawinięte dziecko daje się w poduszkę (*Steckpolster*) tak, że części płciowe zostają wolne i pokrywa się je tymczasem chustką. Matka lub mamka nakarmia jeszcze dziecko. Jako obrzęd religijny odbywa się obrzezanie wśród pewnych ceremonii. Jak przy wspólnych nabożeństwach żydowskich, tak i tu wymagane jest *minimum* (tak zw. minin) dziesięciu mężczyzn, przyczem można doliczać i chłopców po trzynastym roku życia. Dawniej, gdzieniegdzie i dziś jeszcze, obrzezanie odbywało się w synagogach i trzeba było ośmiodniowe noworodki tam zanosić. Zwyczaj ten słusznie coraz bardziej ustaje, bo wynoszenie noworodka na ulicę nie może dlań być obojętnem. Te same zarzuty podnoszono zresztą i przeciw noszeniu dzieci do kościoła dla chrztu. Dwie młode pary (*Gevatter*) oddają dziecko do obrzezania i niosą je potem napowrót do matki. Poważna osoba, rabin lub inny dostojnik siada na fotelu, trzymając nogi na podnóżku tak, by uda były poziomo ustawione. Ta osoba, „bal kisaj“ (*der Stuhlherr*) zwana i odpowiadająca niejako ojcu chrzestnemu, bierze dziecko na swoje łono i odkrywa części płciowe, które obrzezak jeszcze raz ogląda, czy są prawidłowo rozwinięte, czy napletek daje się dobrze odciągać i czy niema żadnych zrostów. Obrzezacy portugalscy posługują się w tym celu sondą gałkowatą, którą też zrosty przerywają.

II. Cięcie, *chitah*. Uchwyciwszy lewym kciukiem i wskazicielem napletek, obrzazak mocno go naciąga i przekonawszy się wprzód prawą ręką, jak daleko sięga żołądź, chwyta za nóż, który trzyma pierwszymi trzema palcami prawej ręki i jednem lub dwoma cięciami odcina napletek, mówiąc przytem błogosławieństwo: „Bądź pochwalony Wiekuisty, Boże nasz, królu świata, któryś nas święcił swojemi przykazaniami i nam nakazał obrzezanie“. Potem wymawia on jeszcze inne błogosławieństwa, a także ojciec i inni obecni chwalą w krótkich modlitwach Boga, który nakazał obrzezanie, jako znak przymierza i proszą, by nowo przyjęty członek gminy wyrósł na pociechę rodziców i społeczeństwa i kroczył zawsze według przepisów Wiekuistego.

Właściwie można użyć do obrzezania jakiegobądź noża; talmud, *Jore Deah* § 64 pozwala wszelkie narzędzia ostre, a nawet kamienie i szkło, wyłączając tylko trzcinę, „z której mogą się odczepić włókna i wywołać przetokę moczową; najlepiej jednak spełnisz obowiązek obrzezania narzędziem żelaznem, bądź nożem lub nożyczkami“. Jednak w użyciu najlepszym okazał się nóż i zwykle przepisują obosieczny, na górze zaokrąglony nóż, z okrągłym i przytwierdzonym trzonkiem. W krajach zachodnich obrzezacy posługują się do obrzezania szczypczykami lub (srebrną) szpatułką (*tenaculum*, *Fassinstrument*) z szczeliną, w którą wsuwają naciągnięty napletek tak, że szpatułka tworzy z prąciem kąt prosty i odcinają część napletka, znajdującą się przed szpatułką.

III. Przedarcie napletka i odsłonięcie żołędzi, *periah*. Obrzezak po odcięciu napletka, odłożywszy nóż i napletek, bierze wewnętrzną blaszkę napletka między wskaziciele i kciuki obu rąk i zaostrzonymi w tym celu paznokciami kciuków wdziera tę blaszkę aż do jej nasady za koroną żołędzi i płaty napletka odwija ku tyłowi tak, że żołądź zostaje odsłonięta. Przy cięciu poprzecznem mało co odcina się z wewnętrznej blaszki napletka i tylko jeśli zupełnie byłaby odciętą, odpadłoby rozerwanie jej paznokciami. Ta część operacyi, t. j. przedarcie napletka, ma nastąpić, nim jeszcze krew z rany pocieknie. Obrzezacy mają paznokcie u kciuków lancetowato zaostrzone; jednak we Lwowie mają oni wycięty na paznokciach ząbek, którym rozdzierają blaszkę wewnętrzną. Paznokcie jednak nie powinne być długie, inaczej bowiem obrzezak niema odpowiedniego czucia w palcach. W Niemczech niektórzy obrzezacy posługują się do przedarcia napletka sztucznym paznokciem z metalu, który na kształt naparstka na kciuk ubierają tak, że paznokieć metalowy wystaje poza paznokciem naturalnym.

IV. Wysysanie rany, tak zwana *mecicah*. Po odsłoniciu żołędzi bierze mohel łyk białego wina do ust i wysysa szybko ranę ustami, wypluwa rozmieszaną z winem krew i dotykając trzykrotnie świeżej rany i warg noworodka palcem, umoczonym w winie, rzecze: „Bóg rzekł do ciebie, dla tej krwi żyj!“

V. Tamowanie krwi i opatrunek. Mohel tamuje krew, zakłada opatrunek, poczem daje imię świeżo obrzeza-

[24]) W starożytności uważano urodzenie się bez napletka za nadzwyczajne odznaczenie boskie; Egipcyanie przypisywali to swoim heroom i półbogom; mahometanie opowiadają to o Mahomecie, a żydzi plotą to samo o swych praojcach przed i po Abrahamie (Noah, Jakób, Józef, Mojżesz), a nawet wielu z późniejszych proroków miało się urodzić już obrzezanych, n. p. Samuel, Dawid, Jezajasz, Jeremiasz i inni. Wrodzony brak napletka zdarza się u wszystkich narodów i u żydów nie jest on bynajmniej objawem atawistycznym z powodu wykonywanego przez kilka tysięcy lat obrzezania, jak niedawno sądził jeden niemiecki uczony.

nemu. Odcięty napletek daje się do naczynia z piaskiem (także popiołem lub wapnem), by tam zasechł[25]). Zwyczaj ten powstał z powodu podania, że Izraelici po obrzezaniu w pustyni pogrzebali napletki w piasku tamecznym (Jozua, rozdz. V, w. 2—8). Wynagrodzenie za obrzezanie zwie się *sastrum*, biednych obrzeza się darmo.

Pierwszy opatrunek zostaje niezmieniony przez 24 godzin, poczem położna go zmienia. W zwykłych warunkach rana w ciągu trzech dni zostaje prawie zagojona. Należy baczyć na to, by opatrunek nie był za ciasny, inaczej bowiem mogłyby powstać wcięcia członka.

Do tamowania krwi używano do niedawna całego szeregu bądź przestarzałych środków ściągających, bądź też najniestosowniejszych i najdziwaczniejszych, między którymi nie brakło i pajęczyny, tartego chleba, nafty, a Salomon przytacza przypadek według Goldmanna, gdzie z powodu silnego krwawienia okryto całe przyrodzenie do pępka gnojem końskim, pod którym rana dalej krwawiła. W Niemczech używano przedtem t. zw. wody postrzałowej *(aqua vulneraria* Thedeni, *Schusswasser*, złożona z rozcieńczonego kwasu siarkowego, wyskoku, miodu i octu), pyłu widłakowego (*lycopodium*) i innych proszków, których głównym składnikiem zazwyczaj bywała żywica smocza (*sanguis draconis*). Rozpowszechnionym był także w Niemczech osobny proszek do obrzezania (*pulvis circumcisionis Judaeorum*), złożony z glinki czerwonej *(bolus armenia)*, rodzimego tlenku żelazowego (krwawy kamień, *lapis haematites*), gumy arabskiej i alunu surowego. W Polsce i Rosyi do niedawna używano próchna drzewnego do zasypywania rany po obrzezaniu. Proszki te sypano na grubość pół centymetra, by krew nie przesączała. We Francyi używano pasków huby żagwiowej (*Zunder*), w Anglii przylepca, jakoteż oliwy liliowej, maści różowej i innych, dziś nawet do obrzezania nie używanych już środków. Do tamowania silnych krwawień stosowano często za poradą lekarzy miałką kalafonię. Obecnie obrzezacy opatrują ranę po największej części, przynajmniej w większych miastach, gazą jodoformową; na prowincyi używają u nas jeszcze często sproszkowanej glinki czerwonej (*bolus armenia*). Dawniej w niektórych okolicach po opatrzeniu nakładano na członek wieniec ze skóry lub kitajki, by rana mogła pozostać wolną. O dawnych mistycznych zwyczajach, że ubierano noworodka w płaszczyk czerwony, że zawieszano mu na szyi monetę srebrną, że trzymano dziecko nad miednicą z wodą pachnącą, by krew doń ściekła, do której *mohel* wypluwał także krew wyssaną z rany i że tą wodą myto sobie twarz, wspomniałem już przedtem.

Obrzezak, *mohel*, nie jest żadnym dostojnikiem kościelnym; każdy Izraelita, a w razie potrzeby nawet izraelitka, małoletni lub też niewolnik nieobrzezany mogli w starożytności dokonać obrzezania. Zwykle wykonywał je ojciec rodziny; dziś każdy może je wykonać, który ma w tem wprawę. Obrzezak jest więc zwykle laikiem, który nabrał wprawy w obrzezaniu i wykonywa je często jako zajęcie uboczne. W niektórych gminach rytualni rzezacy bydła (*Schächter*) lub kantor (*Vorbeter*), albo dozorca bożnicy, lub też rabin, jest równocześnie obrzezakiem; często zawód ten jest w rodzinie dziedzicznym i syn nauczył się obrzezania od ojca i praojca.

Oczywiście, że kto chce zostać obrzezakiem, musi wprzód przestudyować dotyczące miejsca w talmudzie i Majmonidesie. Dawniej uczono się obrzezania na trupach noworodków; obecnie zwykle nabywa się wprawy przez przypatrywanie się i asystowanie przy operacyi. Pierwszy raz poruczą się nowicyuszowi tylko cięcie poprzeczne, później także rozdarcie napletka i w końcu wysysanie rany i skoro uczeń operował już kilka razy pod dozorem starszego obrzezaka, ten wystawia mu świadectwo i bez wszelkich innych egzaminów może on już działać jako samoistny obrzezak. We Lwowie obecnie zbór izraelicki wydaje obrzezakowi pozwolenie i musi on wprzód przedłożyć polecenie od rabina i fizyka miejskiego[26]). Natomiast jasnego wyobrażenia o stosunkach anatomicznych i chirurgicznych tej operacyi nie posiada właściwie żaden z obrzezaków. Dlatego kilkakrotnie z różnych stron, a w ostatnim czasie dr. Löwenstein z Trewiru bardzo dobitnie podniósł potrzebę, by lekarz pouczał obrzezaków o zasadach przeciw- i bezgnilności, o stosunkach anatomicznych części płciowych męskich, o wykonaniu operacyi i leczeniu późniejszem, jakoteż o możliwych niebezpieczeństwach i zapobieganiu im; poczem kandydaci musieliby się poddać egzaminowi przez lekarza uprawnionego i rabina; podobnie jak położne i egzaminowani pielęgarze.

Wspomniałem już raz wyżej, że Majmonides zestawił szereg przeciwwskazań do obrzezania, które i według naszych pojęć medycznych zupełnie podzielić musimy. Te przeszkody w dokonaniu obrzezania są następujące:

1. Wcześniaki, dopóki nie są silniejsze i dzieci, które nie mogą ssać.

2. Bliźnięta słabo rozwinięte i dzieci urodzone zapomocą cięcia cesarskiego, podobnie jak wcześniaki.

3. Zgniecenia wskutek operacyi porodowych do zupełnego ich zagojenia.

4. Choroby części płciowych; opryszczki (*herpes*) na napletku nie stanowią przeszkody.

5. Wysypki na skórze.

6. Choroby ostre n. p. zapalenie płuc; należy wtedy odłożyć obrzezanie do ósmego dnia po wyleczeniu.

7. Zapalenia oczu, a zwłaszcza zapalenie wiewiórowe spojówek; obrzezanie można wykonać, gdy oczy będą już czyste.

8. Silne zaczerwienienie i żółte zabarwienie skóry. Niektórzy jednak uważają za przeszkodę takie zaczerwienienie, które jest objawem róży; taksamo tylko ciężką żółtaczkę, nie zaś zwyczajną żółtaczkę noworodków. Jest to niesłuszne, gdyż w każdej żółtaczce krew bardzo powoli się tamuje.

9. Jeśli dwoje dzieci jednej matki, chociaż nawet nie z tego samego małżeństwa[27]), umarło z powodu obrzezania, wtedy trzeci i następni chłopcy nie powinni być obrzezani w dzieciństwie, lecz dopiero później, kiedy chłopiec wyrosły będzie zupełnie zdrów i silny, by wytrzymać operacyę bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla życia. „Obrzezać można

[25]) We Lwowie znajduje się w przedsionku bożnicy wielkiej osobna skrzynka z piaskiem, przeznaczona do tego celu.

[26]) Takich przez zbór izraelicki uznanych obrzezaczy jest we Lwowie dziewięciu, lecz prócz nich operują jeszcze inni obrzezacze, nie mający prawa do tego.

[27]) Majmonides bowiem sądził, że tylko usposobienie matki, nie zaś ojca, ma wpływ na choroby noworodków.

później, lecz życie znikające trudno zatrzymać", powiada talmud. Wogóle wolno tylko takie dziecko obrzezać, u którego nie ma żadnych śladów choroby i wszelkie przepisy religijne można omijać w razie niebezpieczeństwa życia. Już śmierć jednego dziecka z powodu obrzezania powinnaby wyłączać obrzezanie następnych dzieci.

10. Obrzezania nie dokonywa się także w razie wadliwego rozwoju lub wrodzonego braku (*aplasia*) napletka, u obojnaków męskich i jeśli prącie nie jest rozwinięte.

W przypadkach, wymienionych pod liczbą 9 i 10, odbywa się jednak cały ceremoniał obrzezania z modlitwami i nadaniem imienia, a w razie braku lub zniekształtnienia napletka robi się tylko cięcie powierzchowne lub przynajmniej zadraśnięcie, by upuścić parę kropel krwi na znak przymierza.

Prócz wymienionych przeciwwskazań do obrzezania podaje Majmonides dokładne przepisy postępowania obrzezaka przy nieprawidłowościach rozwojowych, jak wierzchniactwo i spodziectwo (*epi-* i *hypospadiasis*), podwójność napletka i inne. Szkoda tylko, że ten znakomity lekarz stosownie do ówczesnych zapatrywań lekarskich widział w wysysaniu rany ustami akt pożyteczny i zapobiegający wszelkim zapaleniom.

Korzyści obrzezania rytualnego.

Z korzyści, które z punktu widzenia lekarsko-higienicznego przypisują obrzezaniu, niektóre zasługują zaledwie na wzmiankę, inne są poniekąd uzasadnione. Nadmienię tylko krótko, że niektórzy podnieśli nawet znaczenie kosmetyczne obrzezania, wskazując na to, że mistrze dawniejsi na statuach swych napletka albo wcale nie rzeźbili, albo zaledwie naznaczali [28]. Mówiono, że płodność wskutek obrzezania jest większa, gdyż wobec braku napletka nasienie lepiej i bardziej bezpośrednio dostaje się do macicy [29]. Lecz doświadczenie poucza, że porody u ludów obrzezanych nie są liczniejsze, niż u nieobrzezanych. Widzimy to n. p. u chińczyków i wielu innych narodów. Podnoszono również wartość obrzezania, jako środka przy rozpoznawaniu znalezionego trupa. Lecz któżby się dla takiej przyczyny dał operować? Utrzymywano, że obrzezanie miarkuje popęd płciowy mężczyzn, że jest zatem symbolicznym wyrazem tamowania chuci. Majmonides twierdził, że obrzezanie przez osłabienie członka zmniejsza namiętność płciową. Inni autorowie jednak twierdzą, że ludy obrzezane są przeciwnie namiętniejsze, gdyż odsłonięte nerwy żołędzi ulegają częściej podrażnieniu.

Twierdzono, jeszcze dziś często się to słyszy, że obrzezanie zapobiega samogwałtowi i zmazom, zaraźliwym chorobom płciowym, jakoteż innym chorobom, zdarzającym się szczególnie na wschodzie. Drażnienie napletka i jego wydzieliny wywoływać mają wczesne wzwody, samogwałt i odruchowo u drażliwych osobników zmazy. Lallemand [30]) twierdził, że przy bezwiednych wytryskach nasienia obrzezanie okazało się jedynym środkiem skutecznym. Jednakże, jak już wspomniałem, inni, n. p. Schneider [31]), Gussenbauer, twierdzili przeciwnie, że u obrzezanych z powodu odsłonięcia żołędzi podrażnienie płciowe o wiele wcześniej się zjawia, niż u nieobrzezanych, gdzie żołądź pokryta jest napletkiem. Również M. G. Salomon, wychwalając korzyści zdrowotne obrzezania, przyznaje jednak bez uprzedzenia, że pobudliwość odsłoniętej żołędzi i samogwałt mogą się łatwo spotęgować. Zresztą doświadczenie w naszych stronach poucza, że u adeptów talmudu w jeszybie [32]) samogwałt taksamo kwitnie, jak u gimnazyalistów chrześciańskich Nie inaczej też było w czasach dawniejszych, czego dowodzą liczne przepisy przeciw samogwałtowi w pismach talmudycznych i rabińskich, gdzie samogwałt przytoczono jako „daremny wytrysk lub daremne wywołanie nasienia" [33]).

Są do dnia dzisiejszego autorowie, którzy twierdzą, że obrzezanie rytualne zapobiega chorobom wenerycznym, które też z tego powodu u żydów mają być rzadsze, niż u nieobrzezanych. Skóra żołędzi, pokrytej ciągle napletkiem, jest o wiele cieńsza i delikatniejsza tak, że jad kiłowy łatwiej się do niej dostać może. Blaszka wewnętrzna napletka i jego wędzidełko są u nieobrzezanych najczęstszą siedzibą wrzodów twardych i miękkich. Natomiast żołądź, odsłonięta przez obrzezanie, pokrywa się z biegiem czasu naskórkiem zrogowaciałym, chroniącym od zdarć i przeczosów, stanowiących znowu często wrota dla jadu kiły i wrzodu miękkiego. Rzeczywiście doświadczenie poucza i potwierdzają to różni autorowie (Epstein-Norymberga, Gossland, Nossig; że choroby weneryczne są częstsze u nieobrzezanych, niż u obrzezanych. Uhma [34]) w swej statystyce, obejmującej 2422 chorych płciowych, stwierdził jednak, że żydzi zapadają rzadziej tylko na rzeżączkę, natomiast było z semitów aż 33·33% zgłaszających się do lekarza z powodu niedomogi płciowej. Bez uprzedzenia jednak musimy też przyznać, że także obyczajność u żydów i ten szczegół, że o wiele wcześniej i nierównie częściej się żenią, niż chrześcianie i że mniejszy odsetek żydów służy przy wojsku, wiele się przyczynia do tego, iż choroby płciowe są wśród nich rzadsze. „Breitenstein podczas swego dwudziestoletniego pobytu na wyspie Jawie stwierdził, że w armii holendersko-indyjskiej mahometanie są wskutek obrzezania odporniejsi przeciw kile. Inni jak Freeland, Moyer twierdzili, że pierwotna zmiana kiłowa w 75% wszystkich przypadków powstaje na napletku. Przeciw temu podnosi Rosenthal, że gdyby nawet to spostrzeżenie było słuszne, to nie jest to jeszcze dowodem, żeby te 75% nie zakaziły się w innem miejscu, jeśliby były obrzezane. Tu jako dowód można przytoczyć liczbę tych, którzy zarażają się mimo obrzezania. Bądź co bądź zabieg ten nie może odzyskać powszechnego znaczenia higienicznego, chociaż zasługuje na uwzględnienie przy bardzo wązkim i długim napletku" [35]).

Jako dalsze korzyści obrzezania przytacza się zapobieganie zapaleniom żołędzi i napletka, które zwłaszcza w go-

[28]) Münz: O korzyściach obrzezania rytualnego. („Münch. med. Wochenschrift", 1898, Nr. 9).

[29]) Philo, De circumcisione. Patrz dr. Alfred Nossig: Die Socialhygiene der Juden. Deutsche Verlagsanstalt 1904, str. 52.

[30]) Salomon: l. c. str. 27.

[31]) Friedreich: l. c. str. 20.

[32]) Wyższa szkoła hebrajska.

[33]) Friedreich: l. c. str. 58.

[34]) Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych. („Pamiętnik Korczyńskiego". Kraków 1900 i „Przegląd lekarski", 190? str. 460).

[35]) Rosenthal: Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Wiedeń 1904.

rących krajach z powodu rozkładania się mastki napletka (*smegma praeputiale*) mogą dojść znacznych stopni. W krajach wschodnich napletek, podobnie jak łechtaczka i wargi mniejsze u kobiet, jest często bardzo rozwinięty i długi z powodu wiotkości tkanin w klimacie gorącym; do tego jeszcze wydzielina łojowa w tamtych stronach jest o wiele obfitsza tak, że wskutek zapalenia gruczołów łojowych powstają często bolesne i nie gojące się czyraki, o czem już Filon[36]) i Josefus wspominają. To też Arabowie i inne tamtejsze plemiona znosiłyby wiele przykrości, jeśliby nie były obrzezane i trzeba przyznać, że w krajach gorących obrzezanie dla tych, którzy się rzadko myją, jest pożyteczne. Z drugiej strony jednak wiele narodów w Azyi i Afryce wcale się nie obrzeza, a mimo to są równie zdrowe i rozmnażają się tak samo, jak żydzi i mahometanie.

Zapalenie żołędzi i napletka i w naszym klimacie nie jest tak rzadkie, między innymi n. p. u chorych na cukrzycę jest ono często bardzo uciążliwem cierpieniem. Z powodu zapaleń i wrzodów powstają również zapalna stulejka i załupek (*phimosis* i *paraphimosis*) i w przypadkach przewlekłego, często się powtarzającego zapalenia napletka, powikłanego nieraz ciężkimi objawami, zalecali Billroth, Zeissl, Langenbeck i inni obrzezanie, jako jedyny środek skuteczny. Lecz słusznie powiada Löwenstein: „Jeśli obrzezanie ma tylko na celu usunąć wydzielinę z gruczołów Tysona i zapobiedz nagromadzeniu się mastki, to nie ma ono racyi bytu; a jeśliby nie można tego celu taksamo osiągnąć przez czystość i częste zmywanie, wtedyby oczywiście wszyscy ludzie nieobrzezani bardzo źle na tem wychodzili. W rzeczywistości cierpienia te nie są wcale tak częste, by mogły usprawiedliwić powszechne wprowadzenie krwawej operacyi. I jeśli jako pożytek obrzezania przytoczymy zapobieżenie stulejce zapalnej i zadzierzgnieniu napletka, to byłoby to wielką przesadą wprowadzać operacyę, bądź co bądź niezupełnie bezpieczną, dla zapobieżenia cierpieniu, które, jeśli się kiedy zdarzy, zawsze przez operacyę łatwo usunąć można. Wprowadzenie zaś obrzezania miałoby niejako takie uzasadnienie, jak powszechne odcinanie ostatniego członka palucha u nóg dla zapobieżenia cierpieniu tak bolesnemu i rozpowszechnionemu, jakiem jest wrastanie paznokcia“.

Lecz bądźmy sprawiedliwi i bezstronni: w niektórych rzadkich przypadkach obrzezanie rzeczywiście przynosi korzyść, n. p. wobec wrodzonej stulejki, którą obrzezanie natychmiast usuwa. Stulejka wrodzona bądź co bądź nie jest cierpieniem obojętnem, zatrzymanie się mastki i jego następstwa, zaburzenia w oddawaniu moczu, zwłaszcza kapanie moczu po jego oddawaniu i wywołane przez to usposobienia neurasteniczne, zboczenia w spółkowaniu i często przez to powstająca niepłodność małżeństwa, nieraz także silna cięgotka, są jej bezpośredniem następstwem. Niektórzy prócz tego przypisują stulejce także powstawanie całego szeregu nerwic odruchowych, wywołanych przez bezustanne drażnienie powierzchni żołędzi, jak drgawki i padaczka, hipochondrya, migrena, a nawet kurcze żołądkowe i kołatania serca. Loeb wyleczył przez usunięcie znacznej stulejki wrodzonej istniejącą od pół roku moczówkę prostą u dwudziestoletniego mężczyzny[37]).

Także powstawanie przepuklin i kamyków pęcherzowych u dzieci kładą niektórzy na karb stulejki wrodzonej. I tak n. p. w Anglii wykonywa się często obrzezanie dla wyleczenia przepuklin u małych dzieci[38]). Roszański podaje, że pomimo wielkiej częstości kamicy pęcherzowej w Rosyi napotyka się ją stosunkowo rzadko u żydów i tatarów, obrzezanych w pierwszej młodości. Zestawienia jego i Muchanowa ze szpitala samarskiego wykazały, że z osiemnastu dzieci w wieku 2—9 lat, cierpiących na kamyki pęcherzowe, wszystkie miały rodziców Rosyan[39]). Temu zapatrywaniu mógłbym tylko to zarzucić, że chłopców tatarskich wcale nie tak wcześnie się obrzeza, i, jak to wyżej opisaliśmy, wycina się u nich tylko mały kawałek napletka.

Podobnie, jak stulejkę wrodzoną, usuwa obrzezanie także i zdarzające się rzadko zarośnięcie ujścia napletka i napletek ryjkowaty, którego ujście jest nader wązkie, a nawet węższe, niż ujście cewki. Zresztą w takich przypadkach i lekarz odcina koniec napletka zapomocą nożyczek i szczypczyków. Dalszem cierpieniem, które obrzezanie usuwa, są zlepy nabłonka żołędzi i wewnętrznej blaszki napletka, mogące również wywołać cięgotkę, rozkład mastki napletka, zapalenie żołędzi i tworzenie się kamyków napletkowych. Lecz takie zlepy nabłonkowe można w prosty sposób usunąć przez ostrożne ich rozluźnienie zgłębnikiem gałkowatym. Wreszcie nie można zaprzeczyć, że złośliwe nowotwory, jak rak, mięsak prącia, najczęściej rozwijają się z napletka. Tak więc przytaczano szereg korzyści, wynikających z obrzezania rytualnego, z których jednak, jak to wykazaliśmy, niektóre są wątpliwe, inne jednak, chociaż tylko w rzadkich przypadkach, należy uznać za rzeczywiste.

Niebezpieczeństwa obrzezania rytualnego.

I. Po omówieniu prawdziwych i mniemanych korzyści obrzezania przypatrzmy się teraz odwrotnej stronie tego obrzędu. Jak już wspomniałem, mohel nie mając pojęcia o postępowaniu bezgnilnem i przeciwgnilnem, przystępuje zwykle do operacyi nawet nie umywszy sobie rąk, a o odkażeniu narzędzi i pola operacyjnego ani mowy niema. Trzeci akt obrzezania polega nawet wprost na przedarciu wewnętrznej blaszki napletka brudnymi paznokciami obrzezaka i dlatego łatwo zrozumieć, że ogłoszono już liczne przypadki przypadkowych chorób przyrannych z powodu obrzezania, których ciągle przybywa. Spostrzegano przypadki róży, zapaleń ropowiczych i zgorzelinowych, posocznicy, a nawet tężca i błonicy przyrannej. A trzeba wiedzieć, że przypadki te przeważnie bywają zatajane i rzadko tylko ogłaszane. A. Czerny ogłosił n. p. z praskiego domu podrzutków przypadek zapalenia wsierdzia z powodu obrzezania[40]).

II. Znaczna liczba niemiłych przypadłości wynika z wadliwego wykonania operacyi. Z początku bowiem obrzezak operuje dość niezręcznie i błędnie, dopóki nie nabrał odpowiedniej wprawy. Często obrzezak

[36]) Filon („De circumcisione“) opisuje te bolączki jako carbunculus lub anthrax.

[37]) „Deutsche med. Wochenschr.“ 1905, Nr. 22, str. 895.
[38]) „Münch. med. Wochenschr.“ 1904, Nr. 39, str. 1756.
[39]) „Münch. med Wochenschr.“ 1905, Nr. 15, str. 715.
[40]) „Prager med. Wochenschr.“ 1890, Nr. 39.

zanadto naciąga napletek i sprawia dziecku bole; nie dość na tem: naciągnąwszy zbyt napletek, odcina także nieco ze skóry prącia, jak to nieraz widziałem. To może też wywołać skrzywienia i skrócenia prącia, połączone, zwłaszcza później przy wzwodach, z bolami. Niezbyt rzadko się zdarza, że obrzezak, nie oddzieliwszy dokładnie napletka od żołędzi, odcina także koniuszek żołędzi, przez co powstają silne krwawienia miąższowe. Karewski widział nawet przypadek zupełnego odcięcia żołędzi przez obrzezanie. Spostrzegano także przypadki, gdzie przez obrzezanie powstało spodziectwo (*hypospadiasis*) i inne rzadsze uszkodzenia. Löwenstein n. p. cytuje przypadek, w którym z powodu obrzezania powstało prawdopodobnie zapalenie, a jako jego następstwo pozostał fałdzik przed ujściem cewki i z tego powodu niepłodność. Dopiero po usunięciu tego fałdzika mógł ów człowiek płodzić dzieci. Takie uszkodzenia żołędzi i cewki moczowej mogą też łatwo powstać przy zrostach istniejących między napletkiem i żołędzią, z powodu których napletek nie daje się dobrze odciągać. Zrosty takie należy przeto ostrożnie przeciąć nożyczkami, a lekkie zlepy można rozerwać zgłębnikiem gałkowatym. Jak wyżej wspomniano, posługują się obrzezacy na zachodzie uciskadłem lub kopystką do odgraniczenia napletka od żołędzi, lecz i to nie zawsze zapobiega przesunięciu się żołędzi i dlatego musi obrzezak zawsze jeszcze wprzód przekonać się prawą ręką, czy żołądź jest za uciskadłem. Kopystka zaś musi być tak ukształtowana, że szczelina jej coraz się zwęża, by żołądź nie mogła w niej uwięznąć.

III. Niektóre przypadłości zdarzają się z powodu przedarcia wewnętrznej blaszki napletka paznokciami. Jest to coś dla naszych pojęć wprost niesłychanego, by operowano paznokciami, temi siedliskami brudu i bakteryi. Z pewnością nawet laik nie zgodziłby się dziś na to, by ktoś miał go operować paznokciami, lecz przeciw tak zwanej perii nikt nie protestuje, zresztą mało kto ma pojęcie o tym zabiegu, jak wogóle istnieje tradycyonalna obojętność wobec obrzezania. Nieraz obrzezak wdziera za głęboko w skórę prącia, dlatego paznokcie musi mieć zawsze krótko ścięte, by nie tracił czucia w palcach. Baumgarten opisuje przypadek, w którym z powodu ucisku przy wdarciu napletka nastąpiło zwichnięcie prącia, które mimo krwawego zabiegu w piątym tygodniu nie zostało usunięte. Dopiero w jedenastym roku życia wykonał Baumgarten zapomocą plastyki krwawe odprowadzenie zwichnięcia [41]). Dlatego już różni lekarze potępiali sposób operowania paznokciami i Terquem podał małe nożyczki, *postheotome mobile*, dla przecięcia blaszki wewnętrznej, których też niektórzy obrzezacy używali, a wielu lekarzy, rabinów i obrzezaków ceniło zalety tego narzędzia [42]). Również i Bergson podał osobne narzędzie do tego celu, jako *postheotome caché* [42]). Lecz obydwa te narzędzia są dość skomplikowane i nie odpowiadają swą budową zasadom nowszych narzędzi chirurgicznych. Stanowczo jednak za daleko idzie Löwenstein, żądając, by mohel wykonywał obrzezanie zupełnie tak, jak lekarze operują stulejkę, a mianowicie, by na zgłębniku rowkowanym przecinał napletek na grzbiecie żołędzi i po odcięciu płatów nożyczkami zeszywał ranę. W istocie za dużo dla bogobojnego obrzezaka.

IV. Najfatalniejszą częścią obrzezania rytualnego jest wysysanie świeżej rany ustami obrzezaka (mecicah szel pej); jest ono równie niebezpieczne dla dziecka, jak i dla obrzezaka samego. Jak już wspomniałem, zwyczaj ten nastał w piątem stuleciu naszej ery i został niestety później przez powagę Majmonidesa uświęcony. Jest to tylko pozostałość ciemnych pojęć średniowiecznych o tamowaniu krwi i zapobieganiu zapaleniom przez wysysanie rany, która była przyczyną wielu już nieszczęśliwych przypadków. Spróchniałe zęby obrzezaka same mogą zranić żołądź, a wiemy to dobrze, że jama ustna jest siedliskiem najróżnorodniejszych bakteryi. Jama ustna może być siedzibą nowotworów i innych chorób, to też zanieczyszczenia śliną i drażnienia rany są źródłem różnych nieszczęść po obrzezaniu i przez te zanieczyszczenia mogą również powstać ropienia, ropowica, róża i inne zakażenia, jak błonica rany.

Smutnego rozgłosu nabrały zwłaszcza dość liczne przypadki przeniesienia kiły i gruźlicy z obrzezaka na dziecko. Nie mogę pominąć zdarzenia, które już Rust [43]) dokładnie opisuje w swej nauce o wrzodach (Helkologia, Wiedeń. 1811). Przez jakiś czas mianowicie wszyscy chłopcy żydowscy w Krakowie dostawali wrzodów kiłowych, dopóki Rust, obecny przy jednem obrzezaniu, nie spostrzegł, że obrzezak, cierpiący na wrzody kiłowe w jamie ustnej, przez wysysanie rany dzieci zarażał. Podobne przypadki zdarzyły się równocześnie we Lwowie, Warszawie, Wilnie i w Paryżu. I do dnia dzisiejszego zdarzają się ciągle takie przypadki, a zwłaszcza u nas na prowincyi w małych miasteczkach i w Rosyi, sam też takie przypadki kiły z obrzezania widziałem i każdy lekarz z naszych stron może z własnego doświadczenia takie przypadki przytoczyć [44]). Jeśli zważymy jeszcze, jak często rodzą się dzieci z kiłą dziedziczną, z których choroba może przejść na obrzezaka i potem na wszystkie strony od niego się szerzyć, to pojmiemy, jakie straszne mogą z tego wyniknąć spustoszenia. I nie są to bynajmniej rozumowania teoretyczne, lecz niestety smutne fakta. Jeszcze częściej zdarza się wskutek wysysania rany zakażenie gruźlicą i tworzą się zmiany miejscowe na żołędzi, wrzody rozpadłe ze znacznymi obrzękami gruczołów pachwinowych; są to również w naszych stronach dość częste przypadki.

Zrozumiemy więc, że dla tych przyczyn już oddawna wre walka przeciw wysysaniu rany, uwieńczona nieraz w różnych miejscowościach pomyślnym wynikiem. We Fran-

[41]) „Centrlbl. f. Chir.“ 1896, str. 837, cytowane według Löwensteina l. c.

[42]) Friedreich l. c. str. 88 i 90.

[43]) Jan Nepomucen Rust 1775—1840; od 1803—1808 był profesorem chirurgii na uniwersytecie Jagiellońskim. Po ustąpieniu z katedry praktykował czas jakiś w Krakowie, następnie we Lwowie, wreszcie otrzymał posadę prymaryusza w szpitalu powszechnym we Wiedniu. W r. 1816 powołany został do Berlina na profesora chirurgii („Przegl. lek.“ 1900, str. 350).

[44]) Jak mi donosi aptekarz M. z Kołomyi, działa tamże obrzezak nazwiskiem Hersz Schächter, obarczony kiłą i zaraża cały szereg chłopców żydowskich tą chorobą. W dyskusyi nad moim wykładem podniósł dr S. Stauber, że w swej praktyce zdrojowej w Iwoniczu leczył już kilku chłopców z Kołomyi na przymiot, nabyty właśnie przy obrzezaniu przez owego obrzezaka. To do wiadomości naszych władz sanitarnych!

cyi dawniej już zwyczaj ten obalono[45]), w Niemczech po większej części również go porzucono i według Salomona już z początkiem zeszlego stulecia zniósł go prawowierny rabin w Preszburgu, tak samo rabin wiedeński, jakoteż wyższa władza kościelną w Würtembergii, Paryżu i inne, a Wolfers oznacza dla każdego, wysysającego ranę po obrzezaniu, karę pięciu talarów i w razie powtarzania się 10—20 talarów[46]). Ponieważ zaś talmud nakazuje wysysanie rany, czyni się to obecnie w wielu miejscach zapomocą rurki szklanej. Prof. Nussbaum podał nawet osobną rurkę, w środku klepsydrowato zwężoną; w tem miejscu wkłada się kawałek waty, wypukłą część nasadza się na członek aż do moszny, a przez drugi koniec obrzezak wysysa ranę. Rurkę taką można też wyjałowić i trzeba przyznać, że przez umiejętne jej używanie można zapobiedz zakażeniom kiłowym, gruźliczym i innym, mającym źródło w wysysaniu rany ustami. Kto więc uważa mecicę za nieodzowną część obrzezania, (według przepisów biblijnych ona tem nie jest i jest tylko pozostałością ciemnoty średniowiecznej), może ją wykonać wspomnianą rurką Nussbauma, natomiast wysysania ustami należy jako zabiegu wstrętnego, brutalnego i niebezpiecznego ostro zabronić i na przekraczających zakaz ten wymierzyć dotkliwe kary. Nieraz obrzezak pod naciskiem obecnego lekarza płucze usta przed wysysaniem lekkim rozczynem przeciwgnilnym lub nawet wyskokiem, lecz to niema najmniejszej wartości, (jak wogóle prawie niepodobna wyjałowić jamy ustnej), taksamo, jak mycie rąk mydłem i wodą nie wyjaławia rąk obrzezaka, chociaż i to czyni on tylko wyjątkowo na żądanie obecnego lekarza.

V. Częstem i ciężkiem powikłaniem obrzezania są krwawienia z powodu obrzezania. Przedewszystkiem dziecko może pochodzić z rodziny krwawców i przez obrzezanie może wtedy nastąpić krwawienie zabójcze. Przypadki takie już nieraz spostrzegano, lecz rzadko się je ogłasza, jak wogóle trudno o dokładną statystykę i kazuistykę nieszczęśliwych przypadków wskutek obrzezania. Po największej części bowiem uchodzą one wiadomości publicznej i często nawet lekarze nie dowiedzą się o prawdziwej przyczynie choroby lub śmierci dziecka, gdyż obrzezakom zależy na tem, by nieszczęśliwe przypadki, wynikające z obrzezania, pozostały w utajeniu. Statystyka zaś poucza, że krwawiączka dziedziczna zdarza się stosunkowo często w rodzinach żydowskich i że z upodobaniem przechodzi właśnie na męskich potomków tych rodzin. Prócz tego u wybitnych krwawców krwawienia z nieznacznych ran dartych, jakie powstają właśnie przy rozdarciu wewnętrznej blaszki napletka, są o wiele niebezpieczniejsze, niż krwawienia z większych ran operacyjnych, zadanych narzędziami ostremi. Dlatego dzieci z rodzin krwawców nie powinno się obrzezać i słusznie żąda Löwenstein, by obrzezak wprzód dokładnie się dowiedział, czy ojciec lub matka noworodka, lub rodzice matki nie cierpią na krwawienia, trudno dające się zatamować. Krwawiączka powinna stanowić bezwarunkowe przeciwwskazanie do obrzezania. Przynajmniej zaś powinno się u dzieci, u których można przypuszczać krwawiączkę, odłożyć obrzezanie na później, kiedy są już starsze i silniejsze. Obrzezanie należy zresztą odłożyć, jeśli dziecko jest bardzo blade, a krwawcy są właśnie często słabo rozwinięci, bladzi, o delikatnej, przeźroczystej skórze i jasnych włosach; lecz nie są to wcale znamiona stałe, ba nawet mimo wywiadów tylko rzadko można przewidzieć skłonność dziedziczną do krwotoków, którym wtedy trudno zapobiedz, podobnie, jak się rzecz ma z ciężkimi krwotokami pępkowymi.

W wielu zaś przypadkach zdarza się przeciwnie tylko przejściowa skłonność do krwotoków w pierwszem dzieciństwie, tak zwana krwawiączka przemijająca noworodków (*haemophilia transitoria* Grandidier), której istota jest dla nas jeszcze równie ciemną, jak istota krwawiączki dziedzicznej. Może ona być albo wrodzona, t. j. nabyta śródmacicznie, jeśli rodzice dziecka cierpieli lub cierpią na kiłę (Epstein), albo powstaje w pierwszych dniach po urodzeniu z powodu zakażeń septycznych (A. Ritter), lecz prócz kiły i posocznicy jeszcze inne przyczyny mogą tu mieć znaczenie. Ze statystyki Rittera, obejmującej 190 własnych jego spostrzeżeń w praskim domu podrzutków, wynika, że skłonność do krwotoków jest największa u dzieci od 7—13 dnia życia, gdyż w tych dniach zdarzyła się największa ilość krwotoków. na 190 przypadków 114, więc prawie 60%; z tych znowu najwięcej, bo 29 przypadków, przypadało na dzień ósmy. Po 13-tym dniu skłonność do krwotoków stopniowo ustaje i po 97 dniu nie spostrzegano wogóle podobnego krwotoku. Należy zatem przyznać słuszność twierdzeniu Potta, że niemałą część krwawień z obrzezania przypisać należy właśnie tej przemijającej krwawiączce noworodków. Dlatego też radzi on wykonać obrzezanie później, niż ósmego dnia[47]).

Lecz przyczyny krwotoków mogą też być niezależne od ustroju dziecka i być skutkiem błędnie wykonanego obrzezania, jeśli obrzezak natnie wędzidełko napletka lub tętnicę, albo wobec istniejących zrostów żołędzi z napletkiem, i to tem bardziej i częściej, im zrosty są rozleglejsze. Krwotok jest zwykle miąższowy i zdarza się, jak powiedziałem, łatwo i u dzieci zdrowych, jeżeli niezręczny obrzezak żołądź lub skórę prącia skaleczy. Liczba śmiertelnych krwotoków z obrzezania nie jest wcale mała i z pewnością zdarzają się one znacznie częściej, niż to dochodzi do wiadomości publicznej. Prawie każdy lekarz praktykujący, każdy chirurg zna takie smutne przypadki i niepotrzeba ogłaszać każdego przypadka z osobna, obrzezakom zaś najbardziej na tem zależy, by każdy taki przypadek jak najciszej przeminął. Wyrozumiali obrzezacy stosują w razie krwotoku watę, napojoną sześciochlorkiem żelaza lub inne przez lekarzy zalecane środki krew tamujące; liczne też są przypadki, w których lekarze przez opatrunki uciskowe, podwiązanie tętniczki lub założenie szwu uratowali życie noworodka; lecz w przypadkach wrodzonej krwawiączki niestety i najpewniejsze środki, zwłaszcza u tak małych dzieci, nic nie wskórają. Englisch[48]) zaleca założenie sprężystych czapeczek, włożenie kawałka cewnika do cewki i silny opatrunek uciskowy.

---

[45]) Friedreich l. c. str. 92.

[46]) Wolfers: Die Beschneidung der Juden. Lemförde 1831, cytowane według Friedreicha l. c. str. 98.

[47]) Pott: O niebezpieczeństwach obrzezania rytualnego. „Münchener mediz. Wochenschr." 1898, Nr. 4.

[48]) Eulenburga Realencyclopädie der gesammten Heilkunde, III wyd. 1894. tom III.

VI. Inne jeszcze niebezpieczeństwa grożą od różnych środków używanych do tamowania krwi i opatrunków, stosowanych przez obrzezaków. Wspomniałem już przedtem, jakie cudaczne i często szkodliwe środki stosowano dawniej, a gdzieniegdzie i dziś jeszcze do tamowania krwi po obrzezaniu; lecz i obrzezacy zaczęli iść za postępem i stosować nowsze środki przeciwgnilne i pokazało się niestety, jak to niebezpiecznie poruczyć laikom wykonanie jakiejbądź operacyi. Ogłoszono bowiem już kilka przypadków śmierci wskutek stosowania silnych rozczynów kwasu karbolowego po obrzezaniu. Bogdanik[49]) opisuje przypadek śmiertelnego otrucia z powodu okładów 5% wodą karbolową po obrzezaniu i przytacza drugi przypadek, ogłoszony przez Meltzera w nowojorskiej „Medicin. Monatsschrift“, kwiecień 1899 r., również śmiertelnego otrucia wskutek okładów 4% wodą karbolową. Dlatego zaleca Löwenstein, by użyć do opatrunku wyjałowionego muślinu i przy zmianie opatrunku zmywać ranę 2% rozczynem kwasu borowego. Natomiast ostrzegać należy przed użyciem kwasu karbolowego, sublimatu i jodoformu, gdyż, jak wiemy dobrze, te najskuteczniejsze środki przeciwgnilne są zarazem silnemi truciznami, zwłaszcza dla ustroju dziecięcego.

Jeśli niema żadnych przypadłości, pierwszy opatrunek zostaje przez jedną dobę; zdarza się czasem, że obrzezak zbyt silnie zaciąga opatrunek, przez co mogą powstać wcięcia prącia. Nieraz spostrzegałem, że natychmiast albo wkrótce po operacyi pojawiały się drgawki; w rzadkich przypadkach zdarza się, że dziecko zaczyna chudnąć po obrzezaniu i potem umiera. Jeśli wreszcie zważymy, że i bez winy obrzezaka może nastąpić zakażenie rany, to widzimy, jak liczne niebezpieczeństwa łączą się obrzezaniem rytualnem, a każdy lekarz praktyk widział takie przypadki i także w towarzystwach lekarskich, gazetach i podręcznikach lekarskich bywają one roztrząsane. König[50]) wspomina w swoim podręczniku chirurgii, że w przeciągu dwu lat spostrzegał trzy przypadki śmierci z powodu obrzezania, a mianowicie dwa z powodu róży i ropowicy, a jeden z utraty krwi; sądzi zatem, że każdy lekarz powinien walczyć przeciw obrzezaniu.

Krytyka i reforma obrzezania.

W rozdziałach poprzednich wykazaliśmy, jak nikłe są korzyści obrzezania wobec mnóstwa poważnych niebezpieczeństw, z niem połączonych. Niestety żydzi nie są świadomi tych niebezpieczeństw i nieraz, jeśli matka trwożyła się o los swego synka, lub jeśli już po dokonanej operacyi ukazały się przykre powikłania, słyszałem ze wszystkich stron słowa uspokajające, że „dziecku nic nie będzie, tysiące ludzi się obrzeza i z obrzezania nikt jeszcze nie umarł!“ Widzieliśmy jednak, jak to niestety inaczej bywa w rzeczywistości i ile nieszczęśliwych ofiar obrzezanie pochłania; lecz po największej części zostają one zatajone i rzadko kto dowiaduje się coś o niebezpieczeństwach obrzezania. Niektórzy obrońcy obrzezania podnoszą wprawdzie, że i szczepienie ospy ma swe niebezpieczeństwa. W odpowiedzi jednak na to wystarczy krótko przypomnieć, jak nieznacznym zabiegiem jest szczepienie i jak olbrzymią przynosi korzyść dla całej ludzkości, gdy natomiast obrzezanie jest bądź co bądź poważną operacyą, którą Löwenstein słusznie uważa za zbyteczną (*Luxusoperation)* i bez której najzupełniej obejść się możemy. Wskazaliśmy także na to, że dla tegoczesnego żyda obrzezanie jako oznaka narodowa nie jest wcale potrzebne, chyba że go ktoś dla uczucia pietyzmu i tradycyi nie chce porzucić. W takim jednak razie wobec tego, jak przykre i niebezpieczne nieraz przypadłości zdarzają się przy obrzezaniu, żądać należy zupełnych i nowoczesnych zmian tego obrzędu, zastosowanych do naszych pojęć naukowych i humanitarnych Atoli nasuwa się pytanie, czy mamy prawo ulepszać obrzęd biblijny i religijny, uświęcony przez tysiące lat? Na to możemy odpowiedzieć tylko twierdząco. Ponieważ biblia nakazuje tylko obrzezanie, a nie zawiera żadnych przepisów o sposobie jego wykonania, zostało ono w rzeczywistości, jakeśmy to w części historycznej wykazali, kilkakrotnie przeistoczone i uzupełnione w myśl każdoczesnych pojęć i wymagań, a nieraz nie bez uszczerbku dla samego obrzędu. Rozdarcie blaszki wewnętrznej napletka i wysysanie rany są nabytkami czasów późniejszych, a niejedną zmianę wprowadzili różni talmudyści, a zwłaszcza Majmonides. Skoro zaś wolno było Majmonidesowi i innym uczonym żydowskim w myśl swych przekonań i ówczesnych pojęć lekarskich uzupełniać i objaśniać obrzezanie, nakazane bez żadnych bliższych uwag w biblii, to i dzisiaj także powołani lekarze i rabini mają prawo, a nawet obowiązek humanitarny, wedle dzisiejszych pojęć naukowych ulepszyć operacyę (bo obrzezanie jest nią niewątpliwie) i uwolnić ją od niebezpieczeństw; tylko w ten sposób obrzezanie i nadal może zachować swoje dotychczasowe rozpowszechnienie. W ostatnich czasach i w wielu miejscowościach niejeden z ceremoniałów obrzezania zarzucono i cudacznych n. p. dawnych środków krew tamujących dzisiejsi obrzezacy rzadko już kiedy używają.

Kiedy z początkiem zeszłego stulecia zwrócono uwagę na niebezpieczeństwa obrzezania, ukazały się różne rozprawy o obrzezaniu, pióra zarówno lekarzy, jak i uczonych rabinów; wszystkie zażądały reformy obrzezania. Szczególnie zwracali się wszyscy przeciw zwyczajowi wysysania rany i rzeczywiście zarzucono je we Francyi i w wielu miastach niemieckich, gdzie dziś tak zwanej mecicy albo wcale nie stosują albo tylko zapomocą rurki szklanej. Lecz mimo to i tam obrzezanie nie przestało jeszcze być prawie tak niebezpiecznem, jak było za wszystkich czasów i dlatego każdy lekarz powinien uważać za swój obowiązek w kole swego działania szerzyć słuszne zapatrywania nowoczesne na obrzezanie. Lecz jednostki nie zdołają przeprowadzić reformy, która musi wyjść od władz sanitarnych. Jakeśmy widzieli, obrzezanie nie jest obrzędem niewinnym, lecz przeciwnie ważnym zabiegiem na zdrowym ustroju dziecięcym, dlatego państwo, które powinno dbać o dobro wszystkich swych poddanych bez różnicy wyznania, obowiązane jest do zreformowania obrzezania. Temu i żydzi nie powinni się sprzeciwiać; talmud zresztą uczy, że żydzi mogą zaniechać swych ustaw, jeśli państwo opiekujące się nimi, ich zabrania[51]). W zeszłem stuleciu rządy w różnych miejscowościach wydały ustawy, odnoszące się do obrzezania żydów, lecz nie

[49]) „Przegląd lekarski“ 1885, Nr. 22 i „Wiener medic. Presse“ 1895, Nr. 33.

[50]) Lehrbuch der speciellen Chirurgie wydanie VI, tom II, str. 742.

[51]) Friedreich l. c. str. 81.

zawsze i nie wszędzie ich przestrzegano. A jednak przytoczone już niebezpieczeństwa wymagają gruntownego przekształcenia obrzezania rytualnego; jakież więc ma ono być?

Zacznijmy od obrzezaków. Ci powinni zajmować podobne stanowisko, jak położne. Kto chce zostać obrzezakiem, powinien przedewszystkiem poddać się badaniu lekarskiemu celem stwierdzenia, czy jest zdrów i czy nie jest dotknięty żadną chorobą zaraźliwą (kiła, gruźlica); nie powinien też nadużywać napojów wyskokowych i nie cierpieć na drżączkę. Następnie obrzezacy powinni być dokładnie pouczeni o stosunkach anatomicznych swego pola operowania, o wykonaniu operacyi, możliwych powikłaniach i zapobieganiu im, o prawidłach przeciwgnilnych i dalszem leczeniu po operacyi, poczem powinniby składać egzamin przed komisyą lekarsko-rabinacką i w końcu musieliby jeszcze później nieraz poddawać się kontroli co do stanu zdrowia i co do swych czynności. Każdy obrzezak powinien też prowadzić spis przez siebie operowanych, w którym powinny być zapisywane także i wszelkie powikłania. Już przez to samo wieleby osiągnięto, wtedy bowiem tylko wyuczeni i egzaminowani obrzezacy byliby uprawnieni do wykonania tej operacyi i tem samem w każdym przypadku błędnego lub opieszałego obrzezania możnaby obrzezaka pociągnąć do odpowiedzialności. Zapewne byłoby bardzo dobrze, gdyby lekarze żydowscy wykonywali rytualne obrzezania i w istocie już oddawna tak się dzieje w wielu miastach francuskich, niemieckich i innych [52]). Lecz powszechnie nie możnaby tego przeprowadzić, choćby ze względu na małe miasteczka, gdzie byłoby trudno o żydowskich lekarzy obrzezaków, i gdzie żydzi prawowierni trudnoby się na to zgodzili, by na ich dzieciach lekarz dokonywał tego ważnego obrzędu religijnego. Chociaż już talmudyści żądali, by obrzezania dokonał lekarz, a jeśli nie ma lekarza żyda, to należy poruczyć operacyę lekarzowi nieżydowi, a nie żydowi, który nie jest lekarzem [53]). Różne rozporządzenia krajowe, taksamo u nas okólnik namiestnictwa z 21/XI 1892 r. l. 57.661 nakazują, żeby obrzezanie odbywało się pod nadzorem lekarza.

Okólnik ten brzmi:

„Obrzezanie rytualne u izraelitów dokonywane przez obrzezaczy, nie mających ani odpowiednich do tego wiadomości, ani nie przestrzegających koniecznej czystości tak przy samym rękoczynie, jak i co do używanych narzędzi, jest często powodem zakażenia niemowląt, sprowadzając nieraz zgubne skutki na całe życie obrzezanego, a nawet czasem i śmierć niemowlęcia.

Z tego powodu po zasięgnięciu opinii kraj. rady zdrowia poleca się w odpowiedni sposób wpływać na izraelitów, by do wykonywania obrzezań rytualnych dopuszczani byli tylko obrzezacze, przedstawieni władzy politycznej przez przełożeństwo gminy izraelickiej, by w miarę możności, o ile stosunki miejscowe na to pozwalają, stan zdrowia noworodków badany był przez lekarza przed obrządkiem rytualnym i by obrzezacze poddawani byli kontroli lekarskiej tak co do techniki operacyjnej, jak i co do ich stanu zdrowia [54]).

Lecz żaden mohel nie stosuje się do tego, a wreszcie, i to nie jest wszędzie możliwe.

[52]) We Wiedniu znam dwóch lekarzy, działających jako obrzezacy rytualni.

[53]) Tractatus Sabbath, dr. J. M. Rabinowicz, Einleitung in die Gesetzgebung und die Medicin des Talmuds, Trewir 1881, str. 263.

[54]) Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, Lwów 1899, Tom II, str. 635.

Często jednak ostrożni rodzice sami o to się starają, by lekarz był obecnym przy obrzezaniu, lecz skutek i wtedy jest dość ułudny. Po pierwsze bowiem lekarz zazwyczaj mało co czytał o obrzezaniu i nie wie, jak się ono odbywa. Wprawny zaś obrzezak dokonywa obrzezania w okamgnieniu, albowiem nie znając możliwych niebezpieczeństw nie baczy na nic i często tem szybkiem operowaniem olśniewa obecnego lekarza. Właśnie ponieważ obrzezak tak szybko operuje, nieszczęście już spadło, nim lekarz to zoczył i trudno mu nieraz naprawiać, co obrzezacz nawarzył. Natomiast spadłaby z obrzezaków z powodu obecności lekarza wszelka odpowiedzialność i dlatego słuszniejsze jest żądanie dokładnego wyćwiczenia i pouczenia obrzezaków, by sami wzięli na siebie zupełną odpowiedzialność za tę operacyę.

Obrzezacz powinien przed operacyą dowiedzieć się, czy dziecko nie pochodzi z rodziny krwawców i wtedy obrzezanie należy przynajmniej odłożyć na później, kiedy dziecko będzie już silniejsze; krwawiączkę zatem należy uznać za ważne przeciwwskazanie do operacyi. Każdy też uzna ważność żądania, by cała operacya odbyła się bezgnilnie: narzędzia powinny być wygotowane lub odkażone środkami chemicznymi, tak samo ręce obrzezacza i pole operacyjne przynajmniej 2% kwasem borowym zmyte. Przedarcie blaszki wewnętrznej paznokciami należy usunąć; gdzie lekarze dokonywają operacyi, mogą oczywiście tak postąpić, jak przy znanej operacyi stulejki, rozpoczynając od cięcia grzbietowego napletka na zgłębniku rowkowanym. Z całą energią zaś należy zwalczać wysysanie rany ustami i ostro tego zabronić. Wysysanie to jest wstrętne i niebezpieczne tak, że prawowierni, wyrozumiali rabini już dawno je usunęli. „Nawet wobec najmniejszego niebezpieczeństwa życia prawo ustępuje“ powiada talmud, a jakeśmy wykazali, tak zwana *mecicah szel pej* łatwo może się stać niebezpieczeństwem. Prawie wszyscy autorowie żądają, by obrzezanie odłożyć na drugi lub trzeci miesiąc, gdyż ósmego dnia dziecko jest jeszcze za wątłe do tej operacyi. Także syn prawodawcy Mojżesza o wiele później został obrzezany.

Wreszcie jeszcze jedna uwaga. W niezbyt odległych czasach zmuszały władze ludność żydowską, by swe dzieci albo poddawała obrzezaniu, albo chrzciła tak, że wielu żydów musiało obrzezać swych chłopców wbrew swemu przekonaniu. Dziś żyjemy w czasach wyrozumialszych i każdemu żydowi wolno swe dzieci obrzezać lub nie. To też na zachodzie jest wielu żydów nieobrzezanych wcale, a także i u nas niektórzy rodzice nie dają swych dzieci obrzezać. Lecz także bez obrzezania chłopiec rodziców żydowskich jest żydem, jak i dziewczęta są żydówkami bez znamienia operacyjnego.

Wnioski:

1) Obrzezanie jest pozostałością z prastarych czasów barbarzyńskich, podobnie jak n. p. przekłuwanie uszu u dziewcząt. W starożytności miało ono znaczenie narodowe, dziś możemy uznać dzieci rodziców żydowskich za żydów i bez obrzezania.

2) Korzyści obrzezania są nieznaczne, jego niebezpieczeństwa o wiele groźniejsze.

3) Obrzezania powinni dokonywać albo lekarze, albo egzaminowani obrzezacy, przestrzegając wszelkich prawideł przeciwgnilnych i dopiero w drugim lub trzecim miesiącu.

Krwawiączka powinna być ważnem przeciwwskazaniem do obrzezania.

4) Przedarcie blaszki wewnętrznej paznokciami należy usunąć, wysysania zaś rany ustami ostro zabronić i na przekraczających ten zakaz wyznaczyć surowe kary.

Oceny i sprawozdania.

Zapalenie otrzewnej i jego leczenie.

(Sprawozdanie poglądowe)

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk.

Rozlane ropne zapalenie otrzewnej uważano dawniej za cierpienie prawie beznadziejne i wielu chirurgów utrzymywało, że chorych takich operować już nie należy. Postępy chirurgii objawiły się jednak i na tem polu, wyniki operacyjne z dnia na dzień są lepsze, tak że obecnie nie wahamy się operować często nawet tam, gdzie dawniej o pomyślnym wyniku i marzyć nie było można. Dawniej uważano otrzewnę za nader wrażliwą na zakażenie i obawiano się nawet w niej operować. Obecnie przekonaliśmy się, że otrzewna jest o wiele odporniejszą, niż inne tkanki, a w porównaniu n. p. z zakażeniem śródżylnem, jak tego dowiodły badania Noetzela, znieść może 100 razy większe dawki czynników zakaźnych. Za tą silną odpornością otrzewnej przemawia dalej choćby to, że zabiegi, stosowane w ropnem zapaleniu otrzewnej, są we właściwem chirurgicznem tego słowa znaczeniu niezupełnemi, usuwamy tu bowiem n. p. ropę, lecz tylko raz, bo całą prawie dalszą sprawę leczenia pozostawiamy przyrodzie i większego ropnia w innem miejscu z pewnością nie zdołalibyśmy w ten sposób wyleczyć. Tamponowania i sączkowania otrzewnej, nawet tak rozległe, jak je podał Mikulicz, zaledwo w małej części spełniają swe zadanie.

Odporność otrzewnej pochodzi z kilku źródeł. Jednem z nich jest bezwątpienia wielka powierzchnia otrzewnej, ciągły ruch kiszek, rozprowadzający i rozcieńczający zarazki i ich wytwory. Z tego powodu niechętnie podajemy w przypadkach zapalenia otrzewnej makowiec, zwłaszcza, że doświadczenie pouczyło, iż wydalenie mas kałowych ma w tej chorobie po prostu lecznicze działanie; w ostatnich czasach polecono nawet z tego względu do operacyi zapalenia otrzewnej, dołączać założenie przetoki kałowej. Drugiem źródłem odporności otrzewnej jest jej zdolność chłonienia, trzeciem zdolność niszczenia drobnoustrojów, czwartem „trawienie“ cząstek rozpadowych, a ostatniem, bezwątpienia także bardzo ważnem, tworzenie zrostów i zlepów. Dążeniem naszem, jak gdzieindziej, tak i tutaj, jest iść w pomoc przyrodzie, nic też dziwnego, że ogólnie starano się o to, by poznawszy dobrze te przyrodzone czynniki lecznicze, przy zakażeniu otrzewnej podtrzymywać je i wzmacniać. Tą drogą dojść do celu najłatwiej i nią też powoli dochodzimy do coraz to lepszych wyników przy operacyach zakażeń otrzewnej.

Wzmacnianiem zdolności otrzewnej celem niszczenia drobnoustrojów zajęli się naprzód Santa Solieri i Issaeff. Bordet w roku 1897 zauważył dalej, że śmiertelne dawki hodowli paciorkowca, wprowadzone do otrzewnej, nie zabijały zwierząt, jeżeli przedtem wstrzyknięto (do otrzewnej lub pod skórę) pewną dawkę surowicy przeciwpaciorkowcowej. Majewski przekonał się także o korzystnem działaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, wstrzykując ją zapobiegawczo na dobę przed zakażeniem otrzewnej królika paciorkowcami. Podobnie chronił Majewski króliki przed zakażeniem zapomocą wstrzykiwań 2 ctm³ na dobę przedtem wyjałowionego bulionu. O wiele słabiej działa już surowica, wstrzykiwana równocześnie z zakażeniem otrzewnej lub potem (w kilka godzin po zakażeniu). Doświadczenia te przeniesiono ze zwierząt na ludzi i w krakowskiej klinice Kadera stosowano na wielką skalę zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej wyrobu Bujwida, Paltaufa i Marmorka i to w dawkach dużych, 50—100 cm³, wstrzykując tyle razy, ile tego stan chorego wymagał. Prócz surowicy stosowano też w tej klinice zapobiegawcze wstrzykiwania substancyi obojętnych, jak rozczynów soli kuchennej i bulionu.

Wyniki były zachęcające. To też sprawą tą zajął się później z polecenia Mikulicza Miyake, starając się uodparniać otrzewnę w taki sam sposób, jakiego używano w Krakowie, a nadto z pomocą kwasu nukleinowego i aleuronatu. Zapomocą tych środków, wstrzykiwanych podskórnie, osiągnąć można obfite gromadzenie się krwinek białych (hyperleukocytozę) w jamie otrzewnej, w 7—8 godzin po wstrzyknięciu. Ten wzrost liczby krwinek białych nastaje nietylko w otrzewnej, ale także wybitnie i we krwi i trwa kilka dni. Mikulicz użył tych zapobiegawczych wstrzykiwań w 106 operacyach brzusznych z wynikiem zupełnie zadowalniającym.

Renner ogłosił obecnie dalszy szereg tych badań, a mianowicie wzmacniał on odporność ustroju, wywołując sztuczną hyperleukocytozę zapomocą podskórnych wstrzykiwań 50 cm³ 2% obojętnego lub słabo zasadowego rozczynu nukleinianu sodowego. Stosował on te wstrzykiwania u ludzi w 133 przypadkach tylko podskórnie. Wstrzykiwania takie są trochę bolesne. W miejscu wstrzyknięcia powstaje bolesne obrzmienie i zaczerwienienie, czasem ciepłota podnosi się do 39°. Zresztą zdarzają się czasami jeszcze inne przypadłości, jak ból głowy, wymioty i zawroty, przyśpieszenie czynności serca. Wyniki tych badań zdają się przemawiać za przemijającem wzmocnieniem odporności ustroju. Wstrzykiwań tych używano zapobiegawczo przed operacyami na żołądku i jelitach, po których mogłoby nastąpić zapalenie otrzewnej. Obecnie stosuje się jednak na wielką skalę przed- wśród- i pooperacyjne podskórne wlewania rozczynów soli kuchennej, gdyż działają one podobnie uodparniająco, jak i dawniej zalecane płyny, a nadto jeszcze wpływają korzystnie na serce i wysuszenie ustroju. W tym też celu stosowano je zapewne od bardzo dawna w wielu klinikach i szpitalach, jak n. p. u Kümmlla w Hamburgu.

Hofbauer stara się zwalczać zakażenie połogowe, wywołując sztuczne nagromadzenie krwinek białych zapomocą podawania nukleiny Horbaczewskiego (przez usta). Petit poleca do uodporniania prawidłową surowicę końską, ogrzaną w wodnej kąpieli przez 2 godziny do 65°. Wstrzykiwał ją też ludziom z dobrym wynikiem. Lejars na międzynarodowym zjeździe chirurgów poleca gorąco celem wzmocnienia samoobrony otrzewnej również wstrzykiwania ogrzanej surowicy końskiej, lub też rozczynów soli kuchennej. Także Schmidt i Borchardt uzyskali dobre wyniki, uodparniając ustrój zapomocą rozczynów soli kuchennej, kwasu nukleinowego i surowicy końskiej.

Śródżylnie próbowano uodporniać ustrój przeciw zakażeniom, a zwłaszcza zakażeniom otrzewnej, zapomocą kollargolu. Wyniki ogłoszone w ostatnich czasach przemawiają na korzyść tego sposobu.

Dalsze badania i doświadczenia w sprawie leczenia zapalenia otrzewnej dążą w innym znowu kierunku. Wegner dowiódł, że otrzewna posiada wielką zdolność do chłonienia i wysysania ciał, wprowadzonych do jamy otrzewnej. Otrzewna zdoła n. p. w ciągu godziny wessać ilość płynu równą 3—8% ogólnej wagi ciała danego osobnika. Jak wiadomo, otrzewna wchłania nietylko płyny, ale i drobnoustroje w nich zawieszone. O ile z jednej strony chłonienie to leczy samą miejscową sprawę chorobową i usuwa czynniki zakaźne z otrzewnej, o tyle z drugiej strony, jeżeli

odbywa się za szybko, stać się może dla całego ustroju zgubnem, wywołując ogólne ostre zatrucie. Utrudnienie też chłonienia w pierwszych chwilach wpływać musi pomyślnie na rozwój zapalenia otrzewnej, lecz niekorzystnie na dostawanie się drobnoustrojów i ich wytworów do obiegu krwi. Peiser zakażał otrzewnę królików prątkiem okrężnicy i paciorkowcami. Po wstrzyknięciu do otrzewnej 2 cm³ hodowli 48-godzinnej prątka okrężnicy, wyhodowanego z kału, już po 10 minutach wykrywał go Peiser w krwi tętnicy szyjnej i to w sporej ilości. Ilość ta malała stopniowo. To zmniejszanie się stopniowe ilości drobnoustrojów we krwi krążącej przypisuje Peiser zwolnieniu wessania z otrzewnej wskutek rozszerzania się naczyń włosowatych, a zwężenia naczyń tętniczych i żylnych. Gdybyśmy więc zdołali wynaleźć środek, zwalniający to wessanie, moglibyśmy także chronić ustrój od szybkiego zatrucia. Poczęści środkiem takim jest adrenalina. N. p. 1 cm³ rozczynu rycyny 1:400 jest dawką śmiertelną dla królika. Uodpornienie jednak królika zapomocą 0.4 cm³ kupnego rozczynu adrenaliny na kwadrans przed zatruciem rycyną znosi po części działanie tej trucizny tak, że Peiser utrzymał nawet kilka królików przy życiu. Exner potwierdził doświadczenia Peisera, dowodząc, że trucizny, podane wewnętrznie, działają znacznie wolniej i słabiej, jeżeli wstrzyknięto adrenalinę do otrzewnej. Wobec tych spostrzeżeń próbowałem w klinice krakowskiej przy operacyach ropnego zapalenia otrzewnej przepłukiwać jamę brzuszną rozczynami adrenaliny i rzeczywiście w jednym przypadku rozległego ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej (wskutek przedziurawienia żołądka), operowanego w klinice krakowskiej, powiodło się chorego utrzymać przy życiu. Przepłukiwania te stosowaliśmy wśród operacyi i następnie przez 4 dni przy opatrunkach, czyszcząc w ten sposób otrzewnę przez grube sączki (po bokach na stałe zostawione). Po każdem przepłukaniu ciepłota opadała i wydzielanie z sączków zwiększało się. Przedziurawienie żołądka powstało w tym przypadku na $3^1/_2$ dnia przed operacyą.

Zasadnicze operacyjne leczenie rozległego ropnego zapalenia otrzewnej polega, jak wiadomo, na szerokiem otwarciu brzucha, wyszukaniu i usunięciu przyczyny choroby i następowo na tak zwanej toalecie jamy brzusznej. Jedni przepłukują w tym celu jamę otrzewną rozczynami soli kuchennej, wycierając ją potem do sucha lub zostawiając trochę płynu, inni znów operują od początku do końca zupełnie sucho, dowodząc, że przez przepłukiwanie rozcieńcza się jad i przyspiesza jego wessanie. Po wykonaniu toalety jedni zupełnie zaszywają otrzewnę, zakładając grube sączki po bokach lub ich nie zakładając, inni nie szyją zupełnie, lecz tamponują szeroko podług Mikulicza.

Clairmont i Haberer z kliniki Eiselsberga radzą przemyć jamę otrzewną i wycierać następowo wszystkie zaułki do sucha, by przez przemycie usunąć zarazki, a przez wytarcie zapobiedz ich wchłanianiu. W statystyce tych autorów przypadki, gdzie otrzewnę przepłukano, dały wyzdrowień 42·2, gdzie nie przepłukano — tylko 33·3%. Noetzel jest również gorącym zwolennikiem przepłukiwań otrzewnej, a to na zasadzie swych doświadczeń na zwierzętach. Radzi on wogóle operować na mokro. Płyn, użyty do przepłukiwań powinien mieć, jego zdaniem, ciepłotę 38—39°. Przystęp musi być dobry, by płyn mógł zaraz odpływać na zewnątrz. W razie zrostów lub zaułków poleca Noetzel wydobyć trzewia na zewnątrz.

Clairmont i Haberer radzą przepłukiwać gorącymi rozczynami soli (do 44°) w obfitej ilości (20—40 litrów). Z badań tych autorów wynika, że czasowe wyłożenie jelit na zewnątrz zwalnia znacznie wchłanianie, dlatego też polecają oni ile możności wydobyć trzewia z jamy brzusznej. Na zupełnie innem stanowisku stoi Libich. Jest on przeciwnikiem przepłukiwania i twierdzi, że w jego przypadkach nie dały one ani razu wyniku dodatniego, natomiast bez przepłukiwań chorzy zdrowieli. Podobnie Friedrich (na międzynarodowym zjeździe chirurgów) odradza przepłukiwania otrzewnej i wydobywania trzew. Szeroką tamponadę stosuje wielu; niektórzy znów, jak Cosh, stanowczo ją odrzucają i polecają gorąco grube sączki. Zupełne zaszycie otrzewnej daje często znakomite wyniki, przywraca bowiem prawidłowe ciśnienie śródbrzuszne, co na wydalanie treści przez sączki i wchłanianie wielki ma wpływ. Z drugiej jednak strony szew często nie trzyma i tworzą się ropnie w powłokach lub nawet przetoki kałowe. W przypadkach zapalenia otrzewnej z objawami niedrożności jelit lub w razie zrostów radzą niektórzy niezwłocznie założyć przetokę kałową. W razie porażenia jelit posuwają się inni jeszcze dalej i, jak Lenander, wycinają nawet duże kawałki jelita porażonego. Konserwatyści nie zakładają przetoki, lecz leczą niedrożność porażną wstrzykiwaniami atropiny.

Heile zapomocą wstrzykiwań 40 cm³ 2% aleuronatu lub kwasu nukleinowego wywoływał u królików gromadzenie się krwinek białych, następnie zakażał otrzewnę tych zwierząt prątkiem okrężnicy, a w końcu naświetlał jamę brzuszną promieniami Röntgena, aby wywołać rozpad krwinek białych i przez to uwolnić z nich zaczyny, które uważa za główny czynnik leczniczy ustroju. W ten sposób udało mu się 5 królików zachować przy życiu, pomimo użycia śmiertelnych zwykle dawek zarazka. Rozpad krwinek białych i uwalnianie się z nich zaczynów (enzymów) objawia się tem, że z moczem wydziela się wielka ilość ciał azotowych, kwasu moczowego i zasad purynowych. Większą ilość tych ciał spotykamy często w moczu przy ropnem zapaleniu otrzewnej i po naświetlaniu miejsc, zawierających obficie krwinki białe, promieniami Röntgena. Te spostrzeżenia naprowadziły Heilego na próby sztucznego wytwarzania fermentów, co nie jest także niczem innem, jak tylko naśladowaniem działania przyrody.

Wprawdzie los chorych na zapalenie otrzewnej rozstrzyga się często na stole operacyjnym, nie można jednak zaprzeczyć, że leczenie następowe ma także bardzo poważne znaczenie. O podawaniu makowca mówiliśmy wyżej. Przepłukiwania żołądka sprawiają wielką ulgę także i po operacyi, a objawia się ona poprawą stanu ogólnego, tętna, mniejszą skłonnością do wymiotów i odbijań i zmniejszeniem napięcia brzucha. Po tych przepłukiwaniach oddech staje się głębszym i swobodniejszym. Po operacyi trzeba chorych okrywać bardzo ciepło i wkładać ciepłe kamionki do łóżka. Aby zapobiedz zakażeniu otrzewnej przy operacyach brzusznych treścią jelit, podajemy przed operacyą środki przeczyszczające. Niektórzy podawali nawet środki przeciwgnilne (Mikulicz), nie doprowadziło to jednak do żadnego wyniku.

Rehn starał się usuwać w zapaleniu otrzewnej kał przez przepłukanie jelit z wysoko założonego otworu w jelicie cienkiem do otworu, zrobionego w jelicie ślepem. Jedna jedyna taka próba okazała jednak, że tego dokonać nie można, albowiem przy nizkiem ciśnieniu płynu nie powiodło się przepchnąć go przez kiszki, a przy ciśnieniu bardzo silnem nieraz pękała zmieniona chorobowo ściana jelita. Czynność serca podtrzymujemy środkami sercowymi i podskórnemi wlewaniami fizyologicznych rozczynów soli kuchennej. Wlewania śródżylne działają szybko, ale wywołują czasem obrzęk płuc. Według Noetzla powinno się robić wlewania niezbyt duże (do 2000 płynu) i nie często. W przypadkach, biorących dobry obrót, wystarczają zwykle dwa wlewania, a miarą ich skutku jest, gdy w dwie godziny po wlewaniu serce działa dalej dobrze. Jeżeli natomiast znowu pojawi się zapad, rokowanie jest złe. Po operacyi radzą niektórzy układać chorych na bok (szczególnie na ten, gdzie założono sączki lub tampony), inni radzą nawet co pewien czas kłaść chorych na brzuch. Położenie to, bardzo dla chorego niewygodne, nie ma także o tyle uzasadnienia, że jak z doświad-

czeń Noetzla na zwierzętach wynika, sączkowanie pod górę spełnia w otrzewnej swój cel zupełnie dobrze. Bardzo natomiast zaleca się położenie takie, aby głowa była wysoko, lub w pozycyi na pól siedzącej podług Fowlera.

Chorych napominać należy często do głębokich oddechów celem gimnastyki płuc i zapobieżenia powikłaniom w obrębie narządu oddechowego.

Principiis obsta! (Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien[1]).

Towarzystwo lekarskie wiedeńskie wybrało z łona swego komitet, któremu poleciło zająć się sprawą raka. Komitet, nazwany krótko „Karzinom-Komitee“, postanowił wydać odezwę do ogółu lekarzy, a rozesłać ją wszystkim lekarzom praktykującym w obrębie Austryi, aby zwrócić im uwagę, jak doniosłe znaczenie ma wczesne rozpoznanie i wczesne operowanie raka. Odezwa ta podnosi na wstępie z naciskiem, że rak jest w przeważnej liczbie przypadków chorobą uleczalną, że można go trwale wyleczyć w okresie początkowym, dopóki jest cierpieniem miejscowem i że jedynym sposobem leczenia, na razie najpewniejszym, jest nóż chirurga, ale użyty w odpowiedniej (wczesnej) chwili i w odpowiedni sposób.

Szeroko omawia odezwa, jak ważnem jest, żeby chorych operować wcześnie i w odpowiedni sposób; sprawy te omawia odezwa tak nawet drobiazgowo, że mogłoby to wydawać się przesadą. Trzeba jednak zważyć, że odezwa ta ma być pismem niejako agitacyjnem.

A więc przedewszystkiem zwraca odezwa uwagę, że na uleczenie można liczyć tylko dopóty, dopóki rak jest jeszcze cierpieniem miejscowem i oprócz chorego narządu zajmuje co najwięcej tylko sąsiednie najbliższe naczynia i gruczoły chłonne.

Codzienne doświadczenie uczy, że chorzy sami bardzo często zaniedbują odpowiednią chwilę do zabiegu z tej przyczyny, że rak często z początku nie wywołuje żadnych niepokojących objawów, szczególniej, że nie wywołuje bolów. Często też chorzy zwracają się najpierw do partaczy lekarskich i dopiero przeszedłszy przez ich ręce, udają się do właściwej instancyi. Że kobiety, dotknięte rakiem sutka lub macicy, przez wstydliwość czekają często do ostatniej chwili, zanim się zwrócą do lekarza, stanowi także jeden z owych licznych powodów, dla których chorzy na raka tracą wiele drogiego czasu i zbyt późno zgłaszają się do leczenia.

Ale i lekarze nie zawsze są bez winy. A mianowicie niczem nie uzasadnione przekonanie niektórych lekarzy, że do niezawodnych, a stałych objawów raka należy znamienne charłactwo, spowodowało już niejednokrotnie nieszczęsne opóźnienie właściwego rozpoznania, a właśnie tylko ci chorzy na raka mogą spodziewać się trwałego uleczenia przez zabieg, u których nie ma objawów ogólnego charłactwa. A rozpoznać można raka we wczesnym okresie tylko zapomocą jak najściślejszego badania. Drugą przyczyną, dla której lekarze zapóźno odsyłają chorych do chirurgów, jest ta okoliczność, że lekarze nie mają najczęściej dostatecznych wiadomości o wynikach trwałego wyleczenia, jakie się dadzą osiągnąć i jakie już osiągnięto, i dlatego w umysłach większości lekarzy pojęcie raka zrosło się z pojęciem nieuleczalności.

Przejrzenie jednak odpowiedniego piśmiennictwa przekonywa, jak niesłusznym jest ten pogląd. I tak kiedy Winiwarter (1878) doniósł z kliniki Billrotha, że na 170 przypadków raka sutka uzyskano 8=4·7% uleczeń trwałych (t. z. że w trzy lata po zabiegu nie było nawrotu), to wtedy bardzo wielu lekarzy głosiło, że rzekome „uleczenie raka piersi“ przez zabieg operacyjny polegało na błędnem rozpoznaniu.

[1]) Z broszury, nadesłanej nam przez Towarzystwo lekarskie wiedeńskie jako rękopism, podajemy obszerne streszczenie. *Red.*

Od tego czasu coraz częściej udowadniano, że uleczenia są rzeczywiście możliwe. I tak np. podaje odezwa dane statystyczne, tyczące się raka sutka, które dowodzą, że z biegiem czasu uzyskiwano coraz więcej trwałych wyników:

	trwałych uleczeń
Z kliniki Esmarcha 1850—78	11·70%
„ Billrotha 1867—76 . .	4·7%
„ Mikulicza 1871—78 . .	9%
„ Volkmanna 1874—78 . .	11%
„ Gussenbauera 1878—88 .	16·7%
„ Königa 1875—85 . . .	22·5%
„ Krönleina 1881—93 . .	19·4%
„ Angerera 1890—99 . .	16·9%
„ Alberta 1890—1900 . .	25%
„ Bergmana 1882—99 . .	28·79%
„ Eiselsberga 1896—1900 .	22·7%

Średnio wynosi wedle Joerssa odsetek trwałych uleczeń około 21%.

Wskutek stosowania przy operacyi raka sutka doszczętnych sposobów operacyjnych podniósł się odsetek trwałych uleczeń od r. 1890 wedle Halsteda, Rottera, Cheynea, Helfericha i wreszcie (1904) Collina średnio na 42%. Że przyczyny tego należy się dopatrywać w tem, iż te przypadki teraz coraz wcześniej się operuje, nie ulega żadnej wątpliwości. Z rozpowszechnieniem się wczesnego leczenia operacyjnego wzrósł odsetek wyleczeń trwałych z około 4% na około 40%.

To samo można stwierdzić co do raków odbytnicy. Wedle zestawienia Krönleina z 11 niemieckich klinik z lat 1873 do 1899 wynosił odsetek wyleczeń średnio 14·8%. I na tem polu uzyskiwano coraz więcej: statystyki różnych klinik z lat ostatnich dowodzą, że odsetek wzrósł na 16 do 30%. Niektóre statystyki są szczególnie korzystne, podają 33%, a nawet 50% trwałych uleczeń.

Co do raków twarzy, to wedle sprawozdania Wörnera z r. 1886 było, po trzyletniem spostrzeganiu chorych po zabiegu, średnio 28·1% trwałych uleczeń. Od tego czasu liczba ta wzrosła do 65·5% w przypadkach raków wargi dolnej, a do 61·6% w przypadkach raków wargi górnej wskutek tego, że chirurdzy usuwają w tych przypadkach zawsze sąsiednie gruczoły chłonne.

Z zestawienia tablic statystycznych z różnych klinik wynika, że po 5 latach nie było nawrotu u 34·7% chorych, które się poddały zabiegom z powodu raka szyi macicznej, a u 75% chorych, które się poddały zabiegom z powodu raka trzonu macicy.

Z tych kilku przytoczonych liczb wynika dowodnie, że przez wczesny zabieg można trwale uleczyć raka w niemałej części przypadków.

A więc operować jak najwcześniej! A więc chorych jak najwcześniej odsyłać do chirurgów!

Że agitacya w tym kierunku może wywrzeć wpływ bardzo poważny, dowodzi tego wynik, jaki osiągnął przez swoją gorliwą agitacyę królewiecki ginekolog prof. Winter co do raka macicy. Ażeby lekarze mogli jak najwcześniej chorych na raka odsyłać do chirurgów, powinni też jak najwcześniej rozpoznawać raka i dlatego w drugiej części podaje odezwa krótko zebrane najważniejsze objawy raka różnych narządów. (Dok. nast.). *Stahr.*

Karl v. Müllern: **Anleitung zur klinischen Blutuntersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik.** Leipzig 1904. Mathias Müllern-Schönenbeck. Cena 2 Mk.

Książeczka niniejsza przeznaczona jest dla początkujących w hematologii i zawiera przeróżne techniczne wska-

zówki. Po wskazówkach widać, że autor jest uczniem Türka, który takie same rady co do techniki badania podał w swojej hematologii, ogłoszonej przed 2 laty. Dziełko to nie odznacza się przesadną dokładnością. Niektórych nowszych sposobów barwienia krwi, np. May-Grünwalda, nie podaje wcale. *Stahr.*

* * *

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. L. Rapaport. **Badania doświadczalne nad glikolizą.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Zeszyt 3 i 4, 1905). Zapomocą strącenia acetonem otrzymał autor z wyciągów różnych narządów proszki, a mianowicie z trzustki, z wątroby, śledziony, z mięśni, z włóknika krwi, białka surowicy krwi i ze skrzepów krwi. Glikolitycznie działały tylko przetwory, uzyskane z trzustki, z włóknika i ze skrzepów krwi. Pod wpływem świeżych skrzepów krwi i suchego proszku z krwi można było działanie glikolityczne spostrzedz w cieplarce po 20 minutach. Dodanie floretyny nie powstrzymywało rozkładu cukru. Zdaniem autora doświadczenia te przemawiają za tem, iż w ustroju odbywa się rozkład cukru pod wpływem fermentów. *Latkowski.*

Bergell. **Porównanie fermentów organicznych z nieorganicznymi.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Fermenty organiczne i nieorganiczne można porównywać tylko co do ich działania, ponieważ budowa chemiczna fermentów organicznych nie jest dotądwcale znana. Podane przez Brediga kolloidalne roczyny platyny są przetworami nieorganicznymi o działaniu, zbliżonem do fermentów i wywołują szczególną katalizę dwutlenku wodoru »pierwowzór wszystkich fermentacyi". Są one roczynami kolloidalnymi, tak jak organiczne fermenty; kataliza H_2O_2 zapomocą roczynu kolloidalnego platyny jest oddziaływaniem jednodrobinowem, a jego stałą prędkość można oznaczyć. Skręcenie płaszczyzny polaryzacyjnej roczynów cukru trzcinowego i hydroliza glikozydu zapomocą organicznych fermentów zbliża się do prawa logarytmowego katalizy platynowej, nie stosuje się w całości do niego, ponieważ enzymy więcej zmieniają się pod wpływem środowiska. W roczynach kolloidalnych platyny można źródła błędów oznaczyć dokładnie ilościowo, w nich nie nastaje równowaga, w enzymach natomiast można stan równowagi stwierdzić. Zarówno co do organicznych, jak i co do nieorganicznych fermentów istnieją t. zw. ciała wywołujące fermentacye; ciepłota i zagęszczenie roczynu działają wedle podobnych praw. Szybkość działania zależy od ilości katalizatora. Pewne trucizny fermentów działają tak na organiczne, jak i nieorganiczne fermenty, jak n. p. CNH, SH_2, CS_2, CO, Br, J, $HgCl_2$. Organiczne fermenty są ściśle swoiste. Różniczkowanie się fermentów organicznych można wytłómaczyć ich działaniem chemicznem na podłoże. *Latkowski.*

Pfeiffer (Graz). **O działaniu leczniczych surowic normalnych, wiodącem do obumarcia tkanki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 18, 1905). Autor potwierdza znane spostrzeżenia Uhlenhuta, że niektóre normalne surowice lecznicze sprowadzają mimo bezgnilnego wstrzykiwania podskórne nacieki lub nawet obumarcie tkanki. Przez wielokrotne wstrzyknięcie surowic normalnych z różnych zwierząt lub surowicy ludzkiej można otrzymać surowicę, która ochrania zwierzęta tego samego gatunku od ubocznego działania surowicy, użytej do uodpornienia. Autor potwierdza też zapatrywanie Uhlenhuta co do natury chwytników (*Haptinnatur*) tego ciała. Następnie wykazał autor, że działająca substancya jest identyczną z hemolizyną, że więc martwica, powstająca pod wpływem surowic normalnych, przedstawia się jako działanie lizyn na komórki tkanki podskórnej. Istota wywołująca martwicę nie jest rozpuszczalną w wyskoku i można ją zniszczyć przez ogrzanie do 56° C., przez oświetlenie eozynowe, lub przez dodatek istot chemicznych. *Gertler.*

Nagel. **Przypadek zapalenia jelit, wywołanego wymoczkami.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 44, 1905). Autor wspomina w początku swej pracy o zaburzeniach przewodu pokarmowego, wywołanych tęgoryjcom i często się zdarzających u górników w okolicy miasta Bochum. Ponieważ u jednego górnika znalazł autor w kale wymoczki, tak zwane szparkosze (*balantidium coli*), odkryte w roku 1856 przez Malmsterna, podaje w pracy swej dokładny opis tego rodzaju wymoczków. Mają one kształt jajowaty owalny, są długie na 0·09 mm., szerokie na 0·06 mm. i można na nich odróżnić zakończenie głowowe i ogonowe. Wewnątrz ciała znajduje się jądro, a obok niego dwie jamki (wakuole). Przy ruchach wymoczki te zmieniają postać zależnie od przeszkód, na jakie natrafiają. U ludzi wywołują biegunkę śluzową lub krwawą, a w późniejszym okresie choroby sprowadzają ogromne osłabienie i silną biednicę. Przy sekcyi znaleźć można małe owrzodzenia w jelicie grubem, a w okolicy okrężnicy esowatej ropę, silnie cuchnącą. W miejscach zmian anatomicznych znajdowano małą ilość wymoczków, natomiast w jelicie cienkiem i wyrostku robaczkowym ogromną ilość. Wymoczki opisane łatwo znaleźć można w świeżo oddanych stolcach śluzowych lub śluzowokrwawych, jak długo kał jest jeszcze ciepły, gdyż wtedy wymoczki wykonywują dość silne ruchy zapomocą rzęs i migawek; ruch ich zupełnie ustaje w stolcach zimnych. Autor wyraża zapatrywanie, że choroba, wywołana tymi wymoczkami, może się stać o wiele groźniejszą i niebezpieczniejszą, aniżeli w zakażeniu tęgoryjcem, dlatego radzi badać dokładnie stolce osób, otaczających chorego, i leczyć już pierwsze objawy nieżytu jelit zapomocą kalomelu i wlewań roczynu chininy 1: 1000. *Gertler.*

Sternberg. **Nowa metoda oznaczenia smaku zapomocą gustometru.** (*Deutsche med. Wochs.* str. 911, 1905). Autor doszedł do przekonania, że do oznaczenia smaku najlepiej nadają się środki słodkie i gorzkie w postaci gazu. Do tego celu używa autor chloroformu i eteru, a także do oznaczenia smaku kwaśnego kwasu octowego. Natomiast do oznaczenia słonych przedmiotów nie nadaje się sposób, podany przez autora. Przyrząd, nazwany gustometrem, składa się z dwóch małych naczyniek szklanych, opatrzonych korkami szklanymi, które z jednej strony kończą się drenami gumowymi, opatrzonymi małemi szklanemi pipetkami, z drugiej strony połączone są razem z kurkiem, do którego przyczepiony jest balonik gumowy Richardsonowski. Do dwóch małych naczyniek, wyżej opisanych, nalewa się eter i chloroform, które przez przepuszczenie prądu powietrza ulatniają się i uchodzą odpowiedniemi pipetkami na badaną błonę śluzową, wywołując smak gorzki i słodki. Badanie gustometrem ma tę wyższość nad dotychczasowym sposobem, że środek odpowiedni można stosować na bardzo małej przestrzeni. Posmak jest bardzo nieznaczny. Przy badaniu nie trzeba wyciągać języka, gdyż rureczkami można się dostać w każde miejsce, opatrzone nerwem językowo-gardłowym. *Gertler.*

Kraus i Dörr. **Doświadczenia lecznicze z czerwonką.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42, 1905). Autorowie ściśle odróżniają dwie postacie czerwonki, powstałe na tle prątka Shigi i prątka Flexnera. Pierwszy z nich wydziela jad do bulionu, w którym wyrasta, a nadto zawiera w ciele samego prątka jad (endotoksyny), podczas gdy prątek Flexnera bardzo rzadko wydziela jad do pożywki płynnej. Pierwszy więc rodzaj prątka zakaża ustrój zupełnie podobnie jak błonica, drugi zaś jak prątek durowy i przecinkowiec cholery. Już Rosenthal, poznawszy te własności prątków czerwonki, wytworzył surowicę antytoksyczną i otrzymał bardzo dobre wyniki lecznicze. Zupełnie podobną surowicę wytworzyli autorowie i przekonali się, że surowica antytoksyczna jest w stanie zobojętnić jad (toksyny) czerwonki tak w ustroju, jak i poza ustrojem. Do doświadczeń używali nie świnek morskich, jak Kruse i Shiga, lecz królików i przekonali się, że działanie jest tem silniejsze i lepsze, im wcześniej zastosowuje się leczenie surowicą, podobnie jak przy błonicy, a działanie jest energiczniejsze, jeśli się ją wstrzyknie do żyły. Zapomocą surowicy antytoksycznej udało się też autorom uratować myszki od działania zabójczego samych prątków i na tej podstawie przypuszczali oni, że w ten sposób zostaje zobojętniony jad, wytwarzający się z prątków czerwonki. Doświadczenia, przeniesione na ludzi, wykazały znakomite wyniki w przypadkach czerwonki, wywołanych prątkiem Shigi; już w kilka godzin po wstrzyknięciu 20 cm.³ ustępowało parcie, ilość stolców się zmniejszała i chorzy czuli się zupełnie dobrze. Ponieważ odrazu nie można stwierdzić w każdym przypadku, czy choroba wywołana jest prątkiem Shigi, a zwlekanie z wstrzyknięciem opaźnia energiczne i szybkie działanie lecznicze surowicy, autorowie doradzają wstrzyknąć surowicę w każdym przypadku czerwonki i to w początku choroby. *Gertler.*

Dörr. **O tak zwanej agressynie czerwonki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42, 1905). Punktem wyjścia badań Kikuchiego o agressynie było następujące doświadczenie: Szczep Shigi i Krusego okazał się bardzo mało jadowitym dla świnek morskich przy wstrzyknięciu do jamy otrzewnej. Dopiero większa ilość hodowli z 2—3 agarów zabijała zwierzęta, u których występowało włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej z przymieszką krwi. Jeśli wysięk w ten sposób otrzymany osadzi się w wirówce i wyjałowi tolnolem, a następnie wstrzyknie morskiej śwince w ilości 1—3 cm.³ z dodatkiem $^1/_{10}$—$^1/_3$ hodowli agarowej, wtedy zwierzę padnie bardzo szybko, już po kilku godzinach. Z doświadczenia tego wysnuwa Kikuchi, podobnie jak Bail, wniosek, że w wysięku, dodanym do hodowli, znajdować się musi istota, która wstrzymując fagocytozę,

pozwala rozmnażać się drobnoustrojom, — istota zwana agressyną, porażająca białe ciałka i zamieniająca w ten sposób dawkę małą drobnoustrojów na tak silną, że zabija zwierzę. Autor zarzuca tym doświadczeniom, że badania na świnkach morskich nie są dokładne, gdyż wiadomo, że one są rozmaicie wrażliwe na działanie prątka czerwonki i dlatego też nie da się oznaczyć najmniejsza dawka śmiertelna. Autor na mocy swoich doświadczeń na królikach, o wiele wrażliwszych na działanie prątka czerwonki, dochodzi do przekonania, że niema takiej istoty w wysięku, lecz że jest to zwyczajna endotoksyna, a raczej bakteryolizyna, powstała przez rozpad drobnoustrojów w otrzewnej zwierzęcia, użytego do wytworzenia t. zw. agressyny, która sama wstrzyknięta drugiemu zwierzęciu do otrzewnej już jego śmierć sprowadzić może, a tembardziej z dodatkiem świeżej hodowli. *Gertler.*

Uhlenhuth. **Rozróżnienie poszczególnych gatunków białka zapomocą swoistych surowic.** (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 49, 1905). Wydzielenie i stwierdzenie poszczególnych odmian białka u tego samego zwierzęcia zapomocą swoistych surowic strącających (precypitujących) nie udawało się z powodu wspólności grup receptorów. Do swoich badań użył U. białek, jak najbardziej charakterystycznych i odmiennych. Surowica, otrzymana ze zwierzęcia, któremu wstrzykiwano żółtko jaj kurzych, wywoływała w rozczynie tego żółtka strąt, a nie wywoływała strątu w rozczynie białka tychże jaj. Ta sama surowica tworzyła jednak strąt (niewielki) również we krwi, kur, kaczek i gęsi, jak niemniej i w rozczynach żółtka jaj gęsich. Surowica, uzyskana przez wstrzykiwanie soczewek, strącała rozczyn białka z soczewek, nie działała natomiast na rozczyny ciałka szklistego, krwi i rozczyny białkowe z innych narządów tego samego zwierzęcia. Surowica ta tworzyła strąt również i w rozczynach soczewek z innych zwierząt (ptaków, ssaków i płazów), z czego wnosić należy, że soczewki zwierząt tych składają się z jednakowych ciał białkowatych. *L. Bier.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. W. Leube. **O rozpoznawaniu względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej i trójdzielnej i o dodatniem tętnie żylnem u osób niedokrwistych.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). U osób niedokrwistych spostrzegał czasem autor tętno żylne dodatnie w żyłach szyjnych. Tętno to było czasem bardzo wybitne, czasem znów tylko ledwo widoczne, lecz pod wpływem ucisku na wątrobę lub żyłę główną dolną stawało się wyraźniejsze. To dodatnie tętno żylne u osób niedokrwistych jest objawem niedomykalności zastawki trójdzielnej, polegającej na zmianie czynnościowej mięśnia sercowego, która może tak samo powstać u niedokrwistych, jak względna niedomykalność zastawki dwudzielnej. Objawy tej niedomykalności znikają w miarę zmniejszania się niedokrwistości. Względna niedomykalność zastawki trójdzielnej na tle niedokrwistości powstaje równocześnie ze względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, na tej więc podstawie łatwiej określić jakość względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, ponieważ niedomykalność zastawki trójdzielnej w przebiegu anatomicznej wady zastawki dwudzielnej pojawia się w ostatnim dopiero okresie choroby przy znacznych zaburzeniach krążenia. Lecz także i bez objawów niedomykalności zastawki trójdzielnej spostrzegał L. tętno żylne dodatnie, które czasem jest objawem nie dającej się wykryć niedomykalności tej zastawki, czasem zaś pojawia się bez znanej przyczyny. *Latkowski.*

H. Gran. **O wydalaniu odlewów przełyku i żołądka po oparzeniu kwasem solnym.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Chora 27-letnia wypiła szklankę kwasu solnego na czczy żołądek. W 9 dni potem zwymiotowała błonę, stanowiącą jakby odlew przełyku, 10 cm. długi, w 2 dni potem błonę, będącą odlewem żołądka. Przy sekcyi znaleziono brak błony śluzowej w dolnej części przełyku aż do wpustu żołądka, dalej bardzo znaczne zwężenie bliznowate odźwiernika. Oddzielenie nastąpiło w obrębie błony podśluzowej. W dwunastnicy również znaleziono zniszczenie błony śluzowej aż do warstwy mięsnej. Znaczniejsze zniszczenie błony śluzowej w dolnej części przełyku i w obrębie odźwiernika można wytłómaczyć długotrwałym skurczem mięśni przełyku i odźwiernika. *Latkowski*

P. Reckzeh. **Uwagi kliniczne i doświadczalne nad obrazem chorobowym, cechującym się nadmiarem krwinek czerwonych, powiększeniem śledziony i sinicą.** (*Zeitschrift für klin. Med.* T. 57, 3 i 4 Z., 1905). Autor opisuje 5 przypadków polycythemii (nadmiaru krwinek czerwonych), z których w trzecim przypadku sinica i nadmiar krwinek czerwonych odnosił się do zakresu żyły głównej górnej, a powodem tego był ucisk tej żyły przez guz nowotworowy grasicy i płuca. W doświadczeniach zaś starał się autor zbadać wpływ ucisku na żyłę główną górną i w 2 przypadkach przekonał się, iż przez podwiązanie miejsca ujścia żyły górnej głównej do serca można wywołać sinicę i zwiększenie liczby ciałek krwi czerwonych w zakresie tej żyły u królika. *Latkowski.*

Brandenstein i Chajes. **O następstwach podskórnych wstrzykiwań rozczynów chlorku sodowego po wycięciu nerek.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Doświadczenia wykazały, że po wstrzykiwaniach wodnych rozczynów chlorku sodowego ilość soli kuchennej surowicy krwi odsetkowo nie wzrasta, wzrasta zaś stężenie osmotyczne i ilość azotu, pozostałego w surowicy krwi po strąceniu białka. Ponieważ siła refrakcyjna surowicy krwi obniżała się, można więc zmniejszenie się ilości soli kuchennej wytłómaczyć przez zwiększenie się ilości wody w ustroju. Ponieważ oznaczając ilość NaCl w wątrobie stwierdzono tylko małe zwiększenie się ilości NaCl, przeto można przypuszczać, że sól kuchenna zatrzymuje się przedewszystkiem w cieczach ustroju. We wszystkich prawie doświadczeniach pojawiały się obrzęki podskórne, puchlina brzuszna i opłucna. Autorowie sądzą, że naczynia łatwiej przepuszczają wodę pod wpływem pewnych istot organicznych, zawartych w pozostałym azocie (*Reststickstoff*) po strąceniu białka z surowicy krwi i pod wpływem wodnistości krwi. Nagromadzenie się większej ilości wody w układzie krwionośnym tłómaczą autorowie tem, że wodę przyciąga sól kuchenna, znajdująca się w naczyniach krwionośnych i tem, że wydzielanie wody przez nerki ulega zaburzeniu. *Latkowski.*

C. Posner. **Przerost gruczołu krokowego, a cukrzyca.** (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 47). Niekiedy mimo zupełnego lub prawie zupełnego zniknięcia cukru z moczu może utrzymywać się przykre obfite moczenie, a w następstwie pragnienie, uczucie suchości w ustach, częste parcie na mocz i bezsenność. Niektórzy autorowie uważali za przyczynę tego zjawiska przejście cukrzycy w moczówkę prostą, inni widzieli w tem obfitem moczeniu objaw mózgowy z powodu sąsiadowania ośrodka Eckhardta z ośrodkiem Claude-Bernarda. Autor zwraca uwagę na to, że zazwyczaj obfite moczenie pocukrzycze pojawia się u starszych mężczyzn i na to, że objaw ten może być w związku z przerostem sterczu. Na potwierdzeniu tego przytacza P. spostrzeżenie, dotyczące chorego na przerost gruczołu krokowego, u którego leczenie cukrzycy w Karlsbadzie zmniejszało cukromocz, ale nie usuwało obfitego moczenia i parcia na mocz. W takich tedy przypadkach istnienie cukrzycy może sprawić, że lekarz przeoczy inne, niemniej ważne cierpienie. Zdarza się też naodwrót przeoczenie cukrzycy przy rozpoznaniu przerostu sterczu, ponieważ cierpieniu temu towarzyszy zazwyczaj niski ciężar gatunkowy moczu, mogący być powodem, że lekarz błędnie wyłączy cukrzycę. W ostatnich dziesięciu miesiącach swej praktyki znalazł Posner na 30 przypadków przerostu gruczołu krokowego w pięciu równocześnie cukromocz. Chorzy na przerost sterczu skłonni są do cukrzycy, ponieważ równocześnie bywają dotknięci miażdżycą tętnic, a ta usposabia do cukrzycy. Powikłanie obu tych cierpień ze sobą stwarza znaczne trudności lecznicze, ponieważ chorzy z przerostem sterczu i zatrzymaniem moczu mają zazwyczaj ogromny wstręt do mięsa, a najchętniej jedzą mączne potrawy i cukier, oraz piją mleko. Także potrzebne przy przeroście gruczołu krokowego zabiegi, jak n. p. cewnikowanie, są przy powikłaniu z cukrzycą niebezpieczniejsze, gdyż łatwo wiodą do zakażenia i zapalenia pęcherza. Cukrzyca może też być przeszkodą do podjęcia doszczętnych zabiegów operacyjnych, zmierzających do usunięcia sterczu. *Dr. M. Blassberg.*

L. d'Amato. **Badania krwi w kilku przypadkach** *»splenomegalia leucopenica«.* (*Zeitschr. f. klin. Med.* Tom 57, Zeszyt 3 i 4, 1905). Autor spostrzegał niedostatek krwinek białych w 2 przypadkach choroby Bantiego, w 2 przypadkach zakażenia zimniczego i w 1 przypadku kiły z zajęciem wątroby i śledziony. W 4 przypadkach zmniejszyła się liczba krwinek białych wielojądrzastych neutrochłonnych, we wszystkich zmniejszyła się nieznacznie liczba limfocytów, w 2 przypadkach znaleziono kilka myelocytów. U 7 chorych podczas trawienia powstawała leukocytoza trawienna, u jednego liczba ciałek białych krwi podczas trawienia zmniejszała się. Pryszczydła wywoływały również leukocytozę, szczególnie pomnożenie krwinek białych wielojądrzastych. Przypadkowe ropienie wywołało u jednego chorego leukocytozę. Po krwotokach u dwóch chorych wzrosła liczba krwinek białych. Faradyzacya śledziony zwiększała, wywołując kurczenie się śledziony, liczbę krwinek białych, szczególnie zaś limfocytów. Krew, wzięta wprost ze śledziony, zawierała większy odsetek limfocytów, małą liczbę krwinek białych neutrochłonnych wielojądrzastych, małe krwinki neutrochłonne wielojądrzaste, myelocyty i krwinki czerwone jądrzasto w większej ilości, niż krew z palca. Krew miała słabe własności aglutynujące, nie wywoływała rozpadu krwinek czerwonych i bia-

łych. Przyczyny leukopenii przy powiększeniu śledziony należy szukać w zmianach narządów krwiotwórczych, t. j. śledzionie i szpiku kostnym. *Latkowski.*

Hess i Zurhelle. **Kliniczne i patologiczno-anatomiczne uwagi o t. zw. cukrzycy bronzowej** *(diabète bronce)*. (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z 3 i 4, 1905). Dokładny opis przypadków znacznego nagromadzenia barwika krwi w skórze i w narządach wewnętrznych (*haemochromatosis*), powikłanego marskością wątroby i cukrzycą. W jednym z tych przypadków była hemoglobina w moczu i tłuszcz we krwi, a ilość żelaza w wątrobie była prawie 100 razy większą od prawidłowej. *Latkowski*

Prof. Trenpel. **Wartość poszczególnych klinicznych objawów duru brzusznego dla rozpoznania.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39, 1905). Na podstawie licznego materyału, bo 60 przypadków, ocenia autor poszczególne objawy duru brzusznego i stara się wykazać ich wartość rozpoznawczą. Na pierwszem miejscu stawia wyhodowanie prątków ze krwi chorego, zwłaszcza, że ta rzecz technicznie nie przedstawia nadzwyczajnych trudności, a wynik daje najwcześniejszy i najpewniejszy. Co do odczynu Gruber-Widala i modyfikacyi Fischera, autor poza wynikami pewnymi podaje 2 przypadki charakterystyczne. W jednym odczyn w stosunku 1: 80 dały prątki durowe i paradurowe; w drugim aglutynacyi zupełnie nie było, pomimo najklasyczniejszych objawów klinicznych duru. Wyhodowanie prątków z kału do dziś dnia jest rzeczą trudną i długą, stąd też wartości rozpoznawczej nie posiada. Łatwiej zdaniem autora udaje się otrzymać czystą hodowlę z moczu. Ciepłota zazwyczaj rozpoznania duru nie ułatwia: często jest ona nietypową tak, że dopiero z anamnestycznych danych uzupełnić ją trzeba. Dyazo-reakcya, towarzysząca wielu chorobom zakaźnym, w 16 przypadkach na 60 nie wystąpiła, a więc też za pewną uważaną być nie może. Ważną bardzo przytem jest rzeczą, czy się ma ze świeżym moczem i świeżymi odczynnikami do czynienia. *Łapiński.*

Dr. Moosbrugger. **O wewnętrznem leczeniu zapalenia jelita ślepego.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 37, 1905). Aczkolwiek wiele pisano i mówiono o leczeniu zapalenia ślepego jelita, to jednak do obecnej chwili wskazania do leczenia wyczekującego, wewnętrznego, czy chirurgicznego, nie są ustalone. Jedni uważają operacyę za wskazaną w każdym przypadku, inni podczas samego napadu choroby, kiedy sprawa jest jeszcze miejscową, aby zapobiedz przejściu z miejscowego w ogólne zapalenie otrzewnej. Nie brak i takich, którzy właśnie dopiero wtedy radzą operować, kiedy się sprawa uogólnia, lub gdy ostry proces minie. Wobec tak szerokiego i nieustalonego zakresu wskazań do operacyi radzi autor zajmować stanowisko wyczekujące, tembardziej, że wszystkie operacye z wyjątkiem spraw gruźliczych wyrostka robaczkowego, co do których autor się zastrzega, mają rokowanie niepewne. Leczenie powinno według niego polegać na częstem stosowaniu tylko *argentum colloidale Credé* i to w dość dużych dawkach. W lekkiej postaci choroby, podczas samego jej początku, radzi chorego położyć do łóżka i dawać stale na zewnątrz kataplazmy z siemienia lnianego, a wewnętrznie *argentum colloidale 1,0 na 200,0 wody co ½ do 1 godziny łyżkę stołową.* Gdy zaś sprawa znacznie postąpiła i chory wymiotuje, poleca *arg. colloidal. 2,0: 200,0 co godzinę pół łyżki*, a prócz tego radzi wcierać w ręce i nogi przez 25—30 minut dwa razy dziennie po 2 gramy maści kolargolowej, po poprzedniem wymyciu kończyn. Gdy chory mimo tego wymiotuje, radzi podawać w lewatywie dwa razy po 50,0 ½ prc. rozczynu kolargolu, lub nawet jednoprocentowego. Dzieci leczy się w ten sam sposób, tylko dawki 4 do 3 razy mniejsze. Nie poleca zaś podawać ani żadnych środków czyszczących, które wzmagają ruch robaczkowy, ani uspokajających, jak: makowiec i morfina, które choroby nie leczą, tylko chwilowo uspokajają. W początkowych okresach choroby wynik bywa pomyślny. Po 2 do 4 dniach chory ma się dobrze. I w przypadkach ciężkich autor miał przy tego rodzaju leczeniu bardzo dobre wyniki, z wyjątkiem dwóch chorych, u których było już ogólne zapalenie otrzewnej. Dlatego też bardzo ważną jest rzeczą sprawę należycie i prędko rozpoznać. Dla uniknięcia nawrotów po wyleczeniu, oprócz przestrzegania dyety, radzi autor podawać przez dłuższy czas małe dawki kolargolu. Kolargol niema żadnych ubocznych szkodliwych wpływów. Jedynie większe dawki (4 prc.) kolargolu wywołują przejściowe rozwolnienia, które natychmiast po odstawieniu tego środka mijają. Wypróżnienia mają wtedy podbarwienie kolargolowe. Działanie to jest właśnie w pewnych razach bardzo pożądane. Srebrzycy (*argyrosis*) kalorgol nie wywołuje nigdy; działa on według autora podwójnie: z jednej strony wprost na miejsca zapalne, jako znakomity środek przeciwgnilny, wypróbowany przez niego przy ranach zewnętrznych; z drugiej jako przewodnik w utlenianiu i neutralizujący w ustroju toksyny. Środek ten ma znaleźć według autora szersze zastosowanie w chorobach przemiany materyi i zakaźnych i stoi prawie na równi z surowicą przeciwbłoniczą w ogólnym zbiorze środków leczniczych. *Dr. A. Kozaczka.*

PEDYATRYA. Schick. **Popłonicze zapalenie gruczołów chłonnych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Chodzi o twardy, samoistnie bolesny i przy ucisku tkliwy obrzęk gruczołów około kąta szczęki, pojawiający się najczęściej w trzecim, lub czwartym tygodniu płonicy. Sprawa rozwija się podobnie, jak zapalenie nerek popłonicze, po pozornie zupełnem wyzdrowieniu z płonicy, nagle i łączy się z gorączką, niekiedy nawet dość wysoką, przerywaną lub zwalniającą. Zajęcie gruczołów i gorączka trwają kilka dni, wyjątkowo mogą trwać do 2 tygodni. Gorączka ustępuje zwolna (*per lysin*). Sprawa kończy się zawsze pomyślnie, najczęściej wessaniem, wyjątkowo może jednak nastąpić zropienie. Leczenie polega na stosowaniu okładów z octanu glinowego, a po ustąpieniu objawów ostrych na smarowaniu maścią ichtyolową, lub jodwazogenem. Jeżeli twardy obrzęk się wzmaga, wskazane są okłady ciepłe z siemienia lnianego. *Lewkowicz.*

Hecht. **Badania nad wessaniem tłuszczu na podstawie chemicznego składu tłuszczów.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Autor oznaczał w całym szeregu tłuszczów, otrzymanych z mleka kobiecego, krowiego, ze stolców dzieci, liczbę jodową i punkt topliwości. Liczby te nie przebiegają równolegle do siebie. Autor dochodzi do wniosku, że przy ograniczonem wessaniu tłuszczów należy odróżniać dwie postacie: niestrawność margarynową i niestrawność oleinową. *Lewkowicz.*

Szontagh. **Przyczynek do biochemii mleka.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, listopad, 1905). Autor badał mleka: kobiece, ośle, kobyle, krowie, kozie i bawole. Pierwsze trzy są do siebie zbliżone: przy trawieniu kwasem solnym i pepsyną sernik strąca się w drobnych kłaczkach i rozpuszcza się bez pozostałości. Ilość sernika nie dochodzi do 1 prc. Najlepiej dałoby się zastąpić mleko kobiece mlekiem kobylem, mniej oślem, gdyż to ma niestałą, a wogóle nizką ilość tłuszczu i, co za tem idzie, nizką wartość kaloryjną. W mlekach krowiem, koziem i bawolem sernik strąca się w grubych skrzepach i pozostawia po trawieniu znaczną ilość pseudonukleiny. Mleko kozie niema w stosunku do krowiego żadnych zalet. *Lewkowicz.*

Winocouroff. **O wynikach stosowania wielowartościowej surowicy przeciwpaciorkowcowej Mosera w tymczasowym oddziale płoniczym żydowskiego szpitala w Odessie w roku 1903.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62. listopad, 1905). Z 82 przypadków płonicy wybrano 9 najcięższych do leczenia surowicą. Wstrzykiwano przeważnie w 4-tym dniu choroby, najczęściej 100 cm.³; dwa przypadki śmierci. Autor przekonany jest o skuteczności surowicy. Spostrzeżenia jednak, przytoczone przez autora, niezbyt tego dowodzą. I tak. n. p. w pierwszem spostrzeżeniu gorączka po zastosowaniu surowicy trwa jeszcze 10 dni, mimo że przypadek wcale do najcięższych zaliczonym być nie może (ciepłota 40,4, tętno 124, dobre, gardło: zapalenie mieszkowe i tylko zamroczenie przytomności i ślad żółtaczkowego zabarwienia skóry mogły przemawiać za cięższym przebiegiem); wkrótce po opadnięciu ciepłota znów się wznosi skutkiem powikłań: zapalenia ucha, gruczołów, stawów, nerek, opłucnej i osierdzia. Także w ostatniem spostrzeżeniu (z praktyki prywatnej), gdzie surowicę zastosowano w 36 godzin po rozpoczęciu się choroby, wpływu wybitnego trudno się dopatrzeć, a cały szereg powikłań rozwija się mimo leczenia surowicą podobnie, jak w poprzednim przypadku. *Lewkowicz.*

Renault. **Atetoza obustronna rodzinna.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1905, listopad). Dwie siostry, jedna licząca 5½ lat, druga 20 miesięcy, okazują zboczenia prawie zupełnie jednakie: ruchy mimowolne, o zmiennym rytmie, dość powolne, dotyczące mięśni głowy, oczów, szyi, tułowia, a przedewszystkiem kończyn. Inteligencya bardzo upośledzona. Niema objawów porażnych, kurczowych, zaburzeń czuciowych, odruchowych lub odżywczych, niema zniekształtnień. Ruchy trwają od urodzenia, ustają we śnie. Jako czynniki etyologiczne należy wymienić alkoholizm ojca, ciężkość porodów i zmartwienia matki podczas ciąży. W ciągu obserwacyi szpitalnej stan starszej siostry widocznie się skutkiem odpowiedniego wychowania poprawia. Autor sądzi, że nie chodzi w danym przypadku o zmiany umiejscowione mózgu, lecz o sprawę rozlaną, najprawdopodobniej opóźnienie, lub powstrzymanie czasowe rozwoju. Rzeczywiście wszystkie czynności mózgowe zjawiają się późno: widzenie od 14-go miesiąca życia, mowa u starszej ograniczała się do dwóch wyrazów, ruchy po poprawie przypominały ruchy oseska. *Lewkowicz.*

Hutinel i Lereboullet. **Etapy gruźlicy u dzieci.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* listopad, 1905). Gruźlica u dzieci skutkiem mniejszej odporności dziecka i większej drożności naczyń chłonnych postępuje podobnie, jak u zwierząt szczepionych. Cechą gruźlicy dziecięcej jest brak wybitnych zmian początkowych na miejscu wtargnięcia, rozległość i nasilenie zmian w gruczołach, skłonność do przerzutów. Pierwszy etap stanowią zmiany w gruczołach, przedewszystkiem śródpiersiowych, rzadziej krezkowych. Powstanie zmian należy odnieść do wczesnego wieku dziecięcego; w przeciwieństwie do utartego dawniej zapatrywania nie są one wynikiem dziedziczenia, lecz zakażenia. Autor nie opuszcza w zupełności swego pierwotnego stanowiska, że ważną rolę należy tu przypisać zakażeniu drogą wdychiwania z pierwotną, choćby najmniejszą zmianą w płucu, następowemi zmianami w gruczołach oskrzelowych; — przyznaje jednak, że doświadczenia Chauveau i Behringa, a w ostatnim czasie Bartela, Vallégo i Welemińskiego słusznie zwróciły uwagę na zakażenie pokarmowe i wykazały możebność wniknięcia zarazka przez ścianę jelita bez wybitnych zmian na miejscu wtargnięcia i w gruczołach krezkowych. Pierwsze zmiany rozwijałyby się często i tutaj dopiero w gruczołach śródpiersiowych, a zmiany w płucach byłyby następowemi. Gruźlica w tym pierwszym okresie jest albo zupełnie utajoną, albo zdradza się pewnemi zmianami w budowie i odżywieniu, po których dawniej wnoszono, że dany osobnik jest kandydatem na gruźliczego. Właściwie jest on już gruźliczym, a jest kandydatem na suchotnika („préphthisique"). Że jest gruźliczym, przekonać się niekiedy można w razie śmierci skutkiem choroby przypadkowej, klinicznie zaś zastosowaniem tuberkuliny i radyoskopii. Gruźlica na pierwszym etapie może pozostać stale uśpioną, albo też może się rozbudzić jako gruźlica jawna (drugi etap) z przebiegiem ostrym, przewlekłym, lub podostrym. Pobudką są różne czynniki osłabiające, a często choroby zakaźne ostre, szczególnie takie, jak odra, krztusiec, grypa, dur brzuszny, które sprowadzają nieżyty oskrzelowe i ostry zapalny obrzęk gruczołów oskrzelowych. Przejście w drugi etap jest wynikiem albo autoinfekcyi, zakażenia z dawnych ognisk, rozdmuchanych na nowo, albo heteroinfekcyi, powtórnego zakażenia („surinfection", „supertuberculisation"). Osobnik gruźliczy w pierwszym etapie choroby może bowiem być do pewnego stopnia uodpornionym, częściej jednak jest na powtórne zakażenie nadmiernie wrażliwy. Istnieje zatem wskazanie chronienia także gruźliczych przed nowem zakażeniem gruźlicą.

Lewkowicz.

CHIRURGIA. Klemm. **Tworzenie się torbieli z resztek wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 41). Do rzadszych przypadków zaliczyć należy torbiele, powstałe z resztek wyrostka robaczkowego. Torbieli takich spostrzegał autor 3. Powstają one najczęściej u chorych, którym nacięto ropień, powstały z wyrostka robaczkowego. Często wyrostek bowiem ulega chorobie u swej nasady, tamże obumiera i część obwodowa staje się wtedy źródłem przewlekłego ropienia z przetoką, lub zamienia się w torbiel. Ropnie mogą przez nacięcie same się wyleczyć, lecz tylko w tych przypadkach, gdzie sprawa albo zniszczyła już cały wyrostek lub został on zniszczonym na samym tylko końcu. Przy wycinaniu wyrostka wśród silnych zrostów powinno się też uważać, by wyrostek wyjąć cały tak przy jelicie ślepem, jak i koniec jego obwodowy, ukryty nieraz wśród zrostów. Szukanie takie czasem jest bardzo trudne i żmudne; nic też dziwnego, że nakłania to zarazem wielu do jaknajwcześniejszego operowania, a odstręcza od operacyi na zimno.

Klęsk.

Schlesinger. **O wycinaniu stercza.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 41, 1905). Jeszcze w roku 1901 w podręczniku chirurgii Bergmann-Brunsa czytać można, że „Dittel naśladowców w swej operacyi znaleźć nie powinien". Tymczasem rzadko która operacya zdobyła sobie taką popularność, jak właśnie wycinanie stercza. Autor opiera się na 13 przypadkach, operowanych w oddziale Israela. Operuje się tam chorych i bardzo starych, mimo zakażenia pęcherza, a nawet zajęcie miedniczek nie zalicza się do przeciwwskazań. Przed operacyą próbuje się oczywiście pęcherz leczyć (urotropina, kateter na stałe do płókań); jeżeli to jednak nie pomaga, operuje się, sączkując dokładnie potem pęcherz. Powinno się usuwać cały gruczoł, a nie zostawiać, jak radzi Rydygier, część cewkową. Wyłuszczyć gruczoł czasem łatwo, czasem zaś bardzo trudno tak, że trzeba nawet zabierać cewkę. Usuwanie części najwięcej sterczącej nie odnosi czasem żadnego skutku, bo właśnie nie ta część uciska, lecz inna. Z tego też powodu autor niewiele ufa cystoskopii, a raczej radzi na niej nie polegać. Poprzednio wykonana operacya Bottiniego utrudnia bardzo zabieg. Operacyę nadłonową uważa autor za lepszą, bo 1) jest prostszą, 2) lepiej nią usuwać płat środkowy, 3) pozwala zarazem usuwać często spotykane przytem kamienie pęcherzowe lub inne cierpienia tego narządu. Najlepiej dają się wyłuszczać gruczoły duże i twarde. Ułatwia nieraz operacyę sposób Prousta, polegający na przecięciu stercza aż do cewki i następowem wyłuszczeniu. Pęcherz powinno się sączkować. Amerykanie obecnie nie zostawiają nawet cewnika na stałe. Po operacyi chorzy powinni wstawać jak najrychlej. Albarran spostrzegał częste zmiany nowotworowe stercza. Z przypadków Israela tylko jeden był zmieniony nowotworowo. Przy operacyi nadłonowej niedomykalność pęcherza jest rzadką. Wyniki wogóle są zupełnie zadawalniające.

Dr. A. Klęsk.

Oesterreicher. **O wewnętrznem cięciu cewki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 47, 1905). Autor staje w obronie zaniedbanej tak obecnie operacyi wewnętrznego cięcia cewki. Dittel był przeciwnikiem tej operacyi, dopiero Frisch wprowadził ją z powrotem, a obecnie na wielką skalę stosuje ją szef autora Frank. Operują tam jedynie narzędziem Maissonneuva. Najpierw wprowadza się świeczkę nitkowatą (gdy zwężenie jest silne, zostawia się ją na 12 godzin, poczem zwykle i mocz zaczyna odchodzić sam), po niej narzędzie, w końcu nożyk i robi się 2 cięcia. Potem wprowadza się kateter elastyczny około 19 numeru skali Ch. na 48 godzin, poczem stosuje się grubsze już sondy. Stałego wyleczenia osiągnąć naturalnie nie można, ale za to przeskok do szerokich instrumentów jest bardzo szybki i czas leczenia w porównaniu z cięciem zewnętrznem cewki znacznie krótszy. Po zabiegu tym chorzy mogą prędko opuścić łóżko, nie występują dreszcze, ani silne gorączki, nacieku moczowego nie widziano ani razu, owszem operowano z dobrym skutkiem przy nacieku już istniejącym. Zdanie, że po cięciu wewnętrznem zwężenie powraca jeszcze prędzej, jest też niesłuszne. Wskazaniem do cięcia wewnętrznego według autora są: 1) każdorazowe gorączki po cewnikowaniu; 2) gdy po rozszerzaniu bezkrwawem występują krwotoki lub obrzmienia; 3) gdy blizna, czy zwężenie jest bardzo twarde; 4) gdy istnieją fałszywe drogi lub światło zwężenia leży odśrodkowo.

Klęsk.

Tietze. **Postępy leczenia operacyjnego chorób przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 45). Autor zestawił najnowsze zdobycze na polu chirurgii chorób przewodu pokarmowego. W pierwszym rzędzie omawia leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego. Przed 15 laty Mikulicz podał szemat, podług którego należy się skłaniać do operacyi, a mianowicie: operuje się w napadzie ostrym, gdy wykaże się ropę, przy przedziurawieniu, lub gdy napady pojawiają się coraz częściej. Doświadczenie wykazało jednak, że granica ta jest za szczupła i sam Mikulicz zmienił później swe zdanie. Obecnie doradzamy chorym operacyę na zimno nawet po pierwszym napadzie, gdyż małą bardzo jest liczba chorych, u których choroba po jednym napadzie się kończy, a u większej części następne napady są gorsze. Liczba chirurgów operujących na gorąco zwiększa się ciągle. W obszernym zakresie operuje się obecnie wrzody żołądka, dwunastnicy, zwężenie odźwiernika i jelit, guzy jelita grubego. W miejsce dawniej używanego szwu okrężnego wchodzi coraz więcej w życie boczne łączenie jelit z zamknięciem na ślepo odciętych kikutów. Daje nam to możność operowania napewno w częściach zdrowych, co w przepuklinach zgorzelinowych ma wielkie znaczenie. Do łączenia używa się głównie szwu, rzadko guzika. Guzy jelit grubych operować się powinno dwuczasowo podług Mikulicza, t. j. guz najpierw wyłożyć na zewnątrz i zaszyć zupełnie jamę brzuszną; drugiego dnia guz usunąć, a w pewien czas zamknąć rzyć czy przetokę, ewentualnie z pomocą zgniatacza ostrogi. Z cierpień jelit grubych leczy obecnie chirurg także śluzowe zapalenie jelita grubego (*colitis mucosa*) przez łączenie jelita biodrowego z esowatem. Podobnie w zakres działania chirurga przeszła choroba Hirschsprunga (wrodzona rozstrzeń jelita grubego). Operacye raka kiszki odchodowej zrobiły też znaczny postęp. Operuje się przypadki coraz cięższe i z coraz lepszym i pewniejszym wynikiem. Wprawdzie obecne postępy chirurgii w porównaniu z takiemiż z dziesiątek lat wstecz (1870—1880) są mniejsze, zaprzeczyć się jednak nie da, że wyzyskują one na szeroką skalę ważne pytania wtedy rzucone.

Klęsk.

Reichel. **Powikłania po operacyi wola.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Autor spostrzegał 3 dość rzadkie powikłania po operacyi wola. U jednej chorej mimo pozostawienia części gruczołu wielkości kurzego jaja wystąpiła tężyczka, a potem charłactwo. Dopiero w rok, gdy choroba gruczołu powróciła, charłactwo ustąpiło. W drugim podobnym przypadku charłactwo ustąpiło też po nawrocie wola, choć nawrót ten polegał na sprawie rakowej. W trzecim przypadku nastąpiła nagła śmierć po operacyi przy zakładaniu opatrunku wskutek obustronnej odmy piersiowej, pochodzącej z pęknięcia płuca i opłucnej około wnęki. Pęknięcie to tłómaczy sobie autor zapadnięciem się nagłem tchawicy i trudnością wydechową. Natychmiastowa tracheotomia nie pomogła nic. Wnioski autora są następujące: 1) Przy dużych wolach, nawet po-

zostawienie dość znacznej części gruczołu nie uchroni się od występowania tężyczki lub charłactwa. 2) Powikłania te w miarę nawrotu wola ustępują, leczy je także dobrze podawanie tyreoidyny. 3) Im większe wole, tem po operacyi łatwiej powikłania te wystąpić mogą. 4) Nowotwór rozwijający się w pozostałym kawałku gruczołu usuwa też te powikłania. *Klęsk.*

Crace. **Przypadek rozległego zniszczenia prawego i lewego płatu czołowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 45). Przypadek opisany dotyczy 17-letniego chłopca, który został kopnięty kopytem w środek czoła. Wykonane wiercenie czaszki wykazało złamanie kości i zranienie obu płatów czołowych. Po operacyi rana ropiała, mózg wysuwał się na zewnątrz coraz dalej, aż wśród silnej gorączki po miesiącu chory zakończył życie. Z objawów podnosi autor wysokie gorączki (do 42°), przytomność ciągle istniejącą, wesołe usposobienie chorego i gadatliwość, brak zdolności skupienia uwagi na jednym przedmiocie. Objawów zmiany charakteru, złośliwości lub zniknięcia poczucia moralnego nie było w danym przypadku. Sekcya wykazała ubytki płatów czołowych (w lewym 1½ cm. głęboko, w prawym 2½ cm.), nie dochodzące do komory i ropne ograniczone zapalenie opon. *Klęsk.*

Uhthoff. **Uszkodzenia oka po wstrzykiwaniach parafiny przy nosie siodełkowatym.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 47, 1905). Autor opisuje przypadek, w którym po plastyce parafinowej nosa siodełkowatego wystąpiło zaczopowanie tętnicy środkowej siatkówki. Podobnych przypadków znanych jest w piśmiennictwie 5. Jedni tłómaczą sobie to zaczopowanie łącznością obu przedsionków przez istnienie otworu owalnego w sercu; inni przyjmują, że parafina dostaje się do oka dopiero po przejściu płuc; w końcu niektórzy przypuszczają, że parafina ta dostaje się do obwodowej gałązki tętnicy ocznej, a stąd drogą, przeciwną prądowi krwi, do tętnicy siatkówki. To ostatnie tłómaczenie jest najmniej prawdopodobnem. Przy stosowaniu parafiny (miękkiej) płynnej spostrzegano już nieraz zaczopowania w innych okolicach ciała. Druga plastyka parafinowa nosa wywołała znów po pewnym czasie poprostu guzy parafinowe powiek na obu oczach, zaciskające oko tak, że guzy te operacyjnie dopiero usunąć trzeba było. By uchronić się od tych strasznych powikłań, radzi autor gorąco wstrzykiwać naraz skąpe ilości parafiny i to o wysokim punkcie topnienia i dalej unikać wstrzykiwań dośrodkowych w kierunku większych żył. Odstępy czasu powinny być pomiędzy pojedynczemi wstrzykiwaniami dość długie, przy wstrzykiwaniach powinno się zawsze starać odciąć od miejsca operacyi chwilowo większe drogi krwionośne. *Klęsk.*

Offergeld. **W sprawie techniki natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej i rzyci sztucznej.** (*Deutsch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 43). Częsta potrzeba natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej lub rzyci sztucznej naprowadziła autora na myśl tworzenia tych otworów zupełnie podług sposobu Witzla (tak jak przy przetoce żołądkowej). Sposób ten umożliwia natychmiastowe otworzenie jelita, bez potrzeby czekania (kilka godzin) na wytworzenie się zrostów otrzewnych. Autor radzi zakładać przetokę podług Witzla, wprowadzając kateter, a po kilku lub kilkunastu godzinach ewentualnie otworzyć szeroko jelito. Autor zastrzega się sam, że nie wie, będąc ginekologiem, czy już tego sposobu przy przetokach i rzyciach sztucznych nie próbowano.

(Nie jest on żadną nowością i w krakowskiej klinice stosuje się go czasem, z tą różnicą, że kanał zakłada się podług Kadera, a nie Witzla. Zalet nie ma żadnych, a w razie wielkiego pośpiechu przyszytą pętlę lepiej nakłuć igłą. Gdy kał nie jest płynny, to i przeto ka Witzla nic nie pomoże. *Przyp. ref.*). *Dr. Klęsk.*

Strubell. **Patologia i terapia ropień jamy szczękowej.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 38). Przyczynami, wywołującemi ropienie w jamie szczękowej, są głównie choroby zakaźne (jak grypa, nawet zapalenie płuc i inne); dalej choroby zębów i nosa. Jednym z najgłówniejszych objawów choroby tej jest uciążliwy ból głowy. Z innych objawów podnieść należy wypływ ropny, nieraz cuchnący, z nosa, zmieniający nieraz swe nasilenie zależnie od położenia ciała, oraz obrzęk policzka. Z powikłań wspomnieć należy o zaburzeniach w zmyśle węchowym, o cierpieniach żołądka, o dychawicy oskrzelowej, a nawet o psychozach. Rozpoznanie ułatwia nam badanie nosa wspólnie z płukaniem jamy, a także prześwietlanie podług Heryngа. Naturalnym otworem trudno jamę przepłukać; trzeba to czynić raczej z pomocą nakłucia, które w lżejszych przypadkach jest zarazem sposobem leczenia. Celem uniknięcia możliwego wejścia igłą do jamy oczodołowej lepiej jest robić nakłucie prostą igłą z dolnego przewodu nosowego. W ostatnim znów razie można wyjątkowo przebić i drugą ścianę (twarzową) i wejść w dół szczęki (*fossa canina).* Z więcej doszczętnych metod leczenia stosuje się w pierwszym rzędzie sposób Cowpera (sączkowanie od strony zęba), dalej sposób Krause-Mikulicza (sączkowanie przez nos po przebiciu ścianki nosowej), dalej sposób Desault-Küstera (usunięcie ścianki twarzowej), a w końcu sposób Jansen-Bönninghausa (szerokie połączenie jamy szczękowej z jamą ustną i nosową z wyłożeniem jamy szczęki płatem błony śluzowej nosa). Metodą radykalną a bardzo dobrą jest ostatni sposób, podany przez Luca-Caldwella w przekształceniu Hajeka. Polega on na otworzeniu ścianki przedniej, oczyszczeniu jamy, przesunięciu błony śluzowej z naciętej dolnej muszli, zaszycia połączenia z jamą ustną i wytamponowaniu przez nos. Tok postępowania w leczeniu ropień jamy szczękowej powinien być następujący: 4—6 tygodni płukanie z nakłuciem; jeżeli to nie pomaga, przejść należy do sposobu Krause-Mikulicza, a gdy i ten zawiedzie, po jakim roku wykonać operacyę Luc-Caldwell-Hajeka. *Dr. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. W. Pfeilsticker. **W sprawie techniki pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 48). P. oświadcza się jako zwolenik metody Walchera, a to na podstawie tego, że widział 3 operacye, wykonane na rodzących i że jedną wykonał sam na zwłokach. Wprowadzenie igły od dołu jest jedynym pewnym sposobem, by zapobiedz przedarciu odnogi (*crus*) łechtaczki. Metoda Döderlein'a nie może dać tej pewności. *B. Wojciechowski.*

J. Eversmann. **Przekrwienie Biera w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 48.). Metoda ta nie wyszła wprawdzie jeszcze poza granice doświadczeń. lecz wobec ogłoszenia Rudolpha (obacz ref. *Przegl. lek.* 1905, 46) dzieli się E. wiadomością o dotychczasowych swoich próbach. E. używa wziernika szklanego, od przodu kopułowato zamkniętego, od którego prowadzi z boku umieszczona rurka szklana o wązkiem świetle, łącząca się z drenem, połączonym z kurkiem o potrójnem zamknięciu, t. j. dozwalającem na zupełny lub częściowy dopływ powietrza lub też odcinającem go zupełnie. Przez szkło widać stopień przekrwienia części pochwowej, a wspomniany kurek pozwala regulować przekrwienie. Dotychczasowe próby przy zapaleniu błony śluzowej macicy wypadły zachęcająco. Posiedzenia z początku co kilka dni, potem coraz częstsze, wreszcie codzienne, trwają przez 30 minut, przyczem po 5-minutowem działaniu ssącem następuje zawsze 1-minutowa przerwa. Wydzielina, z początku bardzo obfita i z krwią zmieszana, zmniejsza się stopniowo. Nadto pomaga działanie ssące powiększeniu upływu krwi po nakłuciach części pochwowej. E. zauważył również dobry wpływ na bolesne zrosty postronkowate w zatoce Douglasa. Zadrażnienia po skaleczeniach brodawki sutkowej ustają szybko. Przy niedostatecznej ilości pokarmu w piersiach zauważył E., że przez działanie ssące wzmaga się jego ilość aż do stopnia, potrzebnego do wyżywienia dziecka. W tym celu stosował E. 2 razy dziennie ½-godzinne posiedzenie. Być może, że metoda Biera odda również przy braku regularności, jako też przy wzniecaniu poronienia dobre usługi. *B. Wojciechowski.*

A. Doktor. **Czy przymiot jest chorobą cięższą od wiewióra?** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 48). Doświadczenie ginekologów zniewala ich do podniesienia wiewióra do rzędu chorób nadzwyczaj poważnych, często skrytych i sprowadzających po kilkudziesięciu jeszcze latach ciężkie następstwa. Zejście śmiertelne z tej przyczyny nie jest rzadkością, a unieszczęśliwienie małżeństw bardzo częstem bywa następstwem. D. przypomina zapalenie miedniczek nerkowych, *cystite douloureux*, ciążę zewnątrzmaciczną, niepłodność, zakażenie połogowe, zapalenie otrzewnej po pęknięciu guza zapalnego przydatków, — u mężczyzn zaś zwężenia cewki, kamienie pęcherzowe, przerost gruczołu krokowego i inne znane następstwa wiewióra. odsetka chorych na wiewióra przewyższa znacznie liczbę chorych na kiłę. Każdy mężczyzna chory na przymiot, leczy się zwykle dość pilnie, wiewióra zaś bierze lekko. Przymiot szerzy więcej zniszczenia poza małżeństwem i pomiędzy mężczyznami, wiewiór zaś w małżeństwie i pomiędzy kobietami. *B. Wojciechowski.*

Blumm. **Wziernik położniczy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 48). Wziernik ten 2-łyżkowy typu Trélata, tylko większych rozmiarów, służy do odsłonięcia części pochwowej z końcem ciąży lub po porodzie. Pewne zabiegi jak n. p. założenie rozszerzadła Bossiego, dają się wykonać pod kontrolą oka. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

A. Schönbek. **Przypadek usiłowanego spędzenia płodu zbrodniczego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). 35-letnia rozwódka, wieloródka, zgłosiła się z powodu dreszczów w III. miesiącu ciąży. Niepewne wywiady naprowadzały myśl o usiłowanem wywołaniu poronienia, lecz badanie nie wykryło nigdzie obrażenia, a szyjka macicy była zamknięta. Uderzała jedynie bolesność nad pachwiną prawą. Ciepł. 39·6 i tęt. 120 skłoniły do przerwania ciąży zapomocą rozszerzenia szyjki pręcikiem blaszeńcowym i wydobycia jaja palcem i kleszczykami. Macicę przestrzykano obficie. Badanie jamy macicy

palcem nie wykryło obrażenia. U chorej powstały objawy zapalenia otrzewnej, któremu uległa 4. dnia po przerwaniu ciąży. Przed zupełną utratą przytomności przyznała się chora, że na 2 dni przed wystąpieniem dreszczów wprowadziła sobie cewnik elastyczny do ujścia zewnętrznego i że nagle narzędzie to wśliznęło się w głąb, i nie dało się wydobyć. Sekcya wykazała ogólne zapalenie otrzewnej wywołane przez obecność w jamie brzusznej złamanej świeczki elastycznej długości 13 cm., leżącej poniżej wątroby; na tylnej powierzchni macicy na wysokości ujścia wewnętrznego otworek, od którego prowadzi kanał, kończący się w szyjce w odległości $1^1/_2$ cm. od ujścia zewnętrznego. *B. Wojciechowski.*

W. Pfeilsticker. **Łożysko bliźniacze przy pojedynczej jamie owodnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). Wieloródka urodziła bliźnięta płci jednakiej. Badanie łożyska wskazuje, że obie pępowiny przyczepiały się pozaśrodkowo, a wspólna jama owodnej przedzielona była częściowo listwą, dochodzącą do wysokości 5 cm. Badanie drobnowidowe listwy wykazuje 2 warstwy owodni, połączone ze sobą tkanką łączną włóknistą. Wspólność pierwotna jamy owodnej jest embryologiczną niemożebnością. Podobnie jak w innych takich przypadkach, musiało tu nastąpić przedarcie przegrody, lub też zanik jej częściowy pod wpływem ucisku. *B. Wojciechowski.*

T. v. Wenczel. **Rzadki przypadek mięsaka macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). U 44-letniej wieloródki pojawiają się od 2 lat atypowe krwawienia naprzemian z obfitymi upławami białymi. Od ostatniego porodu obniża się pochwa i wyziera przednia warga części pochwowej. Teraz warga ta urosła w guz wielkości pięści, pokryty gładką błoną śluzową: od strony szyi znajduje się małe owrzodzenie. Wobec niejasnej przyrody guza odcięto naprzód tylko wargę przednią, — skoro jednak badanie drobnowidowe stwierdziło mięsaka, wycięto w 2 tygodnie później całą macicę. Przypadek ten zasługuje z kilku powodów na uwagę. Mięsaki macicy są rzadkie, a usadowienie się w części pochwowej niezwykłe; guz wychodził ze ściany, a nie, jak zwykle, z błony śluzowej; nie zachodzi tu zwyrodnienie mięsakowate włókniaka; stwierdzony w tym przypadku typ mięsaka drobnokomórkowego jest stosunkowo rzadszy od wielkokomórkowego. *B. Wojciechowski.*

K. Happich. **O trującem i zabójczem działaniu kamfory.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 52). Kamfora tworzy w ustroju z kwasem glukuronowym połączenie nie działające, a tylko mała jej część pozostaje niezmienioną i wydaloną zostaje drogą płuc. Część tej niezmienionej ilości ma działać na układ naczyniowy. Doświadczenia na zwierzętach przekonały H., że jeżeli ustrój w chwili wstrzyknięcia kamfory zawiera mało kwasu glukuronowego (produkt spalenia cukru gronowego), to niekiedy powstaje zatrucie już pod wpływem $^1/_3$ średniej dawki zabójczej. Tosamo spostrzega się, jeżeli ustrój nie obfituje w tlen. Wynika z tego, że w przypadkach cukrzycy, zatrucia CO_2, ciężkich wad sercowych, obustronnego zapalenia płuc, drgawek porodowych, ciężkiego zakażenia i t. p. należy kamforę stosować bardzo ostrożnie. *B. Wojciechowski.*

H. B. Semmelink. **Opaska połogowa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 52). Płótno lub flanelę prostokątną pokrywa się drugą takąż warstwą i zeszywa się obie warstwy w środku w linii pionowej, — przez co powstaje pas o podwójnej ścianie. Wewnętrzną warstwę spina się ponad linią białą, a z zewnętrznej robi się przez naddarcia brzegów szereg wązkich pasków, które się wiąże z przodu. *B. Wojciechowski.*

F. Kośmiński. **O powstawaniu t. zw. szelestliwości pochwy** (*flatus vaginalis, garrulitas vulvae*). (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 50). Wśród badania chorych w pewnych położeniach, sprzyjających wytworzeniu się w pochwie ciśnienia ujemnego, w szczególności w położeniu na czworakach, wypełnia pochwę powietrze, które po zmianie położenia i warunków ciśnienia, szczególnie wskutek nagłego użycia tłoczni brzusznej, wypływa z pochwy, czemu towarzyszy częstokroć znamienny szmer. Objaw ten występuje łatwo u kobiet, które mają znaczniejsze przedarcie krocza lub u których ściany pochwy odznaczają się wielką wiotkością. Veit sądzi, że objaw ten jest najczęściej następstwem obecności w pochwie pewnych drobnoustrojów, pokrewnych prątkowi okrężnicy, wytwarzających gaz, Schramm zaś przyjmuje, że zarówno drobnoustroje, jak i wahania w ciśnieniu, mogą wywołać tensam objaw. Kleinwächter i Taussig wystąpili już przeciw tłómaczeniu Veita. K. zajmuje się tą sprawą od dłuższego czasu i z szeregu spostrzeganych przypadków przytacza 4 najwybitniejsze, które przemawiają za czysto mechanicznym sposobem powstawania tego objawu. Pienienie się wydzieliny w pochwie nie przemawia za zapatrywaniem Veita, gdyż przy obfitszej wydzielinie można to spienienie wywołać sztucznie przez kilkakrotną zmianę położenia. W razie niepewności należy pochwę oczyścić i przekonać się, czy niema związku przyczynowego ze zmianą położenia. Gazy wydobywać się mogą z pochwy także przy przetoce pochwowo-jelitowej, niekiedy bardzo drobnej, a również wskutek gnicia treści jamy macicy. W obu ostatnich wypadkach odgrywa ten objaw rolę podrzędną wobec istotnego cierpienia. W razie wykazania drobnoustrojów, jako przyczyny tworzenia się gazów w pochwie, należałoby określić taki przypadek jako *colpitis parasitica*, nie wysuwając na pierwszy plan tego, co jest jedynie objawem, a nie istotą cierpienia. *B. Wojciechowski.*

HIGIENA. Noetel. **Epidemia duru brzusznego w okręgu bytomskim w r. 1900.** (*Zeitschr. f. Hyg.* 1905. T. 47). Noetel, delegowany z wrocławskiego zakładu higieny, jako kierownik filialnej stacyi bakteryologicznej do pomocy w zwalczaniu epidemii duru brzusznego w okręgu bytomskim, przedstawia w tej pracy wyniki spostrzeżeń własnych i sprawozdań urzędowych Flüggego, Kirchnera i Günthera o szczegółach etyologii i przebiegu epidemii. Zapadło na dur 927 osób w okręgu, liczącym 65.000 ludności, (ze śmiertelnością 34) w 7 miejscowościach. Powstanie i przebieg epidemii budzą zainteresowanie w niejednym kierunku. W jesieni i zimą r. 1899 pojawiły się szczególnie w Swientochlowicach pojedyncze zawleczone przypadki duru — nie wszystkie rozpoznane jako takie. W marcu i kwietniu liczba ich bądź zmalała, bądź znikły one zupełnie, natomiast w końcu kwietnia i początku maja pojawiły się obficiej nowe w 7 miejscowościach. Cała okolica, nawiedzana od duru, była w początku czerwca prawie wolną od niego; w lipcu pojawił się wybuch epidemii, silniejszy od poprzednich i przetrwał do początku sierpnia. Powyższe wahania w nasileniu epidemii we wszystkich 7 miejscowościach uwydatniają się szczególnie na grafikonach, dołączonych do pracy, z największym udziałem Orzegowa i Swientochlawic (2.6 wzgl. 2,2 prc. ogółu ludności). — Ludność okręgu bytomskiego, przeważnie polska, wzrosła wskutek rozwoju górnictwa i związanego z niem przemysłu w latach 1895—1900 prawie w dwójnasób, za czem jednak nie poszedł dostatecznie szybko higieniczny rozwój gmin, wywołując gęste zabudowanie istniejących ulic i znaczne zagęszczenie ludności w istniejących nowo-wybudowanych domach, sprowadzając niedostateczne zaopatrzenie w wodę, niedbały sposób gromadzenia i usuwania nieczystości, brak czystości w domach i mieszkaniach, brak kanałów i zanieczyszczenie przepływającego przez okolicę powyższą potoku Rawy. Ludność okolicy, nawiedzanej epidemią, zdaniem N., nie jest ubogą, ale lekkomyślną, chętnie oddaje się pijaństwu, a nie mając wiele potrzeb kulturalnych, nie bardzo w zgodzie jest i z czystością. Zaopatrzenia okolicy powyższej w wodę dostarczały w głównej mierze większe wodociągi, własność w części skarbu górniczego, w części gmin; dwa wodociągi z kopalń zużyte są na niewielkiej przestrzeni, zawierając wodę nie bez zarzutu, tylko Orzegów posiadał wyłącznie dosyć płytkie studnie; w innych, jak Hucie, Gaduli, Lipinach, Morgenroth studni było zaledwie po kilka. Połączone z wodociągiem miejscowości, szczególnie na jego zakończeniu, cierpiały nieraz na brak wody, a ciśnienie w rurach wodociągowych było nieraz ujemne. W następstwie tego stanu używała ludność do użytku domowego wody z potoku, zanieczyszczonego dopływami, a czystość w domu i na ciele mieszkańców silnie cierpiała. Mimo to nie można przyjąć wody za źródło epidemii, gdyż nietylko nie udało się ani razu wykazać w wodzie bakteryi durowych, ale i oba nasilenia epidemii nie wystąpiły nagle, jak przy zakażeniu wodą wodociągową, lecz zwolna, nadto stosunek odsetkowy chorobliwości wśród kobiet i dzieci, pijących zazwyczaj wiele wody, nie był wyższy, niż u mężczyzn, w końcu i z tego powodu, że przestrzeń, którą zajęła epidemia, terytoryalnie nie była identyczną z terenem, zaopatrywanym przez wodociągi. Wzdłuż przebiegu potoku Rawy poniżej terenu epidemii nie pojawiły się również przypadki duru. Usuwanie nieczystości na terenie epidemii nader pierwotne — wychodki na podwórzach zaniedbane, doły kloaczne wśród gnojowisk i stajen nierogacizny nieszczelne, niepokryte, nieraz przepełnione, a treść ich zużywa ludność na pola i do ogrodów: wody użytkowe z domowego gospodarstwa, wyprowadzone kanałami, tworzą kałuże, bądź wsiąkają w ziemię, a przepływający przez okolice potok Rawa zawierał więcej wód użytkowych, niż z opadów, tocząc płyn brudny i cuchnący. Ten stan dawał zapewne wiele sposobności do rozniesienia zarazka durowego z treścią wychodków na podwórza, obówie, do mieszkania, szczególnie w czasie deszczu i nawożenia ogrodów i pól; mimo to jednak, zdaniem N., w szerzeniu się epidemii albo nie miał żadnego udziału, albo tylko niewielki, gdyż ani stan pogody, ani czas robót polnych nie uwydatnił się szczególnym wpływem na nasilenie epidemii. Również trzeba wykluczyć wpływ mleka, środków spożywczych i przestrzenie wspólnej pracy, jako źródła epidemii, ostatnie z powodu, że przypadki choroby wśród robotników poprzedzały prawie zawsze zachorzenia w ich domostwach i rodzinach; pozostawało przeto do wytłómaczenia

rozszerzania się epidemii jedynie przyjąć przenoszenie się zarazka przez stykanie się ludności. Za zakażeniem w domostwach przemawiał fakt pojawiania się duru w nader wielu przypadkach w tych samych domach albo w sąsiedztwie najbliższem, pojawienie się ognisk choroby i występowanie jej w pewnych dzielnicach i wzdłuż niektórych ulic, a przyczynić się musieli wybitnie do tego chorzy z lekkim przebiegiem, ozdrowieńcy i wyleczeni, przechowujący w swym kale czas dłuższy swoiste zarazki. Nagłe wzmożenie się epidemii w końcu lipca odnosi autor do tego, że ludność, pierwotnie wystraszona epidemią, zaczęła nabierać otuchy w czasie spadku liczby zachorzeń w końcu czerwca i początku lipca, ograniczona styczność domostw i ludności zniknęła, a równocześnie wielu chorych powróciło ze szpitali do rodzin. Ze środków, użytych przez rząd pruski dla zwalczenia epidemii, wymienić należy rozszerzenie leczenia szpitalnego na wszystkich chorych, ile możności ścisłe przestrzeganie dezynfekcyi, rozszerzenie sieci wodociągowej na miejscowości nie posiadające jej; dołączenie nowych studzien do tej sieci, zorganizowanie stacyi bakteryologicznej w Bytomiu, jako środka pomocniczego dla władz przy rozpoznawaniu i tłumieniu choroby, urządzenie baraków dla oddzielenia chorych, wykształcenie dezynfektorów i specyalny nadzór nad odkażaniem, w końcu wybitny udział znanego higienisty Flüggego w całej akcyi zwalczania. *L. Bier.*

Nyman. **Epidemia duru brzusznego, spowodowana wodą.** (*Hyg. Rundschau*, 1905, Nr. 5). W okręgu górniczym Hogenäs w Szwecyi pojawiły się w r. 1902 poszczególne przypadki duru; z końcem grudnia do lutego 1903 r. wystąpiły zaś licznie w formie epidemii, nawiedzając z 4000 ludności 39 osób dorosłych i 45 dzieci ze śmiertelnością ogólną w 8 przypadkach. Teren rozmieszczenia się epidemii był identyczny z terenem, który zaopatrzony jest w wodę wgłębną, pochodzącą z szybów węglowych, filtrowaną przed gromadzeniem jej w zbiorniku na filtrach piaskowych, w których szybkość filtracyi i inne błędy techniczne i w pracy nie dawały rękojmi zupełnej co do skutku filtracyi pod względem higienicznym w razie użycia wody zanieczyszczonej. Przyczynę epidemii stwierdził N. w zakażeniu jednego z otwartych rurociągów szybowych odchodami kałowymi w stadyum zwiastunów choroby pozostającego górnika na 2 miesiące przed wybuchem epidemii. Rozszerzenie się epidemii przez zetknięcie się z chorymi uważa N. na podstawie swej obserwacyi z powodu czystości wśród ludności prawie za wykluczone.

L. Bier.

Liefmann. **Znaczenie etyologiczne pewnych pyłków roślinnych dla gorączki siennej.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1905, Bd. 47). Z polecenia Dunbara i w związku z jego pracą nad sztucznem wywolywaniem objawów gorączki siennej pyłkami niektórych roślin, wykonał L. na wiosnę i w lecie 1903. r. szereg badań nad zawartością pyłków traw w powietrzu. Posługiwał się w tym celu metodami, podanemi przez Blackleya, polegającemi na oznaczeniu pośrednio ilości pyłków w powietrzu z ilości, opadłej w ciągu 24 godzin na szklaną powierzchnię o wielkości 1 m², pokrytą materyą lepką, złożoną z wody, gliceryny i alkoholu, oraz na bezpośredniem oznaczeniu ilości pyłków w znanej ilości powietrza; w znalezionej ogólnej ilości pyłków obliczał ilość pyłków traw przy użyciu roztworu jodu. Otrzymane liczby przy użyciu metody pośredniej porównywał L. z rozmaitymi czynnikami zewnętrznymi, przedewszystkiem metereologicznymi, siłą wiatru, wilgotnością, względną ilością opadów i ciepłotą powietrza, a wynik tych obserwacyi był następujący: Do 25 maja 1903. powietrze nie zawierało wogóle pyłków; od 25. do 28. maja przeważały pyłki sosny, poczem do 3. lipca pyłki traw; po tym dniu miały przewagę nad tymiż inne pyłki, zaś 27 lipca zniknęły z powietrza prawie całkowicie wszelkie pyłki. Graficzne linie przedstawiające liczby pyłków w zestawieniu z czynnikami metereologicznymi, ujawniają wpływ następujący: Przy powietrzu spokojnem opadają pyłki łatwo, wiatr przenosi je na znaczną odległość; ciepłota i stan barometryczny nie ujawniają wyraźnego i bezpośredniego upływu, pośrednio ułatwiając rozwój roślin, — pierwsze pojawienie się pyłków traw poprzedzało kilkudniowe wzniesienie się ciepłoty powietrza do 27 C. W miarę wzrostu wilgoci w powietrzu opadały pyłki wskutek nabrania wilgoci; deszcz wypłókiwał je z powietrza, po deszczu zjawiały się w niem znowu i szybko w ilości wielkiej; w wodzie deszczowej nie znajdował ich L. Najwięcej, bo 2,5 milionów na 1 m.² opadło ich 21 czerwca. Znaczny wpływ na ilość pyłków w powietrzu objawiał się w wyborze miejsca do ich chwytania; przeciętnie znacznie więcej znajdował ich L. na dachu zakładu higienicznego w Hamburgu, niż w ogrodzie botanicznym; ujawniał się również wpływ stopnia rozkwitu traw. Do bezpośredniej metody badania zawartości pyłków traw w powietrzu używał L. zwykłego szklanego cylindra lampy, z jednego końca zamkniętego, z pozostawieniem w nim małego otworu, przez który powietrze, wciągane na drugim końcu cylindra, przechodziło na szkiełko, nasmarowane materyałem lepnym. Przy użyciu tego przyrządu znalazł L. na brzegu łanu żyta prawie przekwitłego w dniu 26 VI — 1665 pyłków traw w 1 m³ powietrza; w mieście, nawet przy braku opadów, ilość znacznie mniejsza około 300, a nawet poniżej 30, natomiast w kurzu znajdowały się pyłki prawie zawsze. Zestawiając wyniki swych badań z czasem pojawiania się gorączki siennej, twierdzi L., że choroba ta nietylko stoi w ścisłym związku etyologicznym z pojawieniem się w powietrzu pyłku kwiatowego (traw), ale że nasilenie przebiegu choroby zależnem jest wprost od czynników, wpływających na większą lub mniejszą zawartość pyłków w powietrzu.

L. Bier.

Marchand i Ledingham. **O zakażeniu ciałkami Leishmana i stosunku ich do świdrowicy** (*trypanosomiasis*). (*Zeitschrift für Hygiene*, 1905, Bd. 47). U 25-letniego mężczyzny, który odbył kampanię w Chinach, wystąpiły po 3 miesiącach, wśród których czuł się zdrowym, objawy osłabienia ogólnego, brak łaknienia, codziennie bóle głowy, ustępujące wraz z wystąpieniem potów. W czasie pobytu w szpitalu początkowo wystąpiła gorączka z torem przerywanym; podana chinina nie działała na nią, nie było też i pasorzytów zimniczych we krwi; po 7-miesięcznem leczeniu szpitalnem chory ten zmarł na gruźlicę płuc. Przy sekcyi znaleziono obok rozwiniętych zmian gruźliczych i owrzodzeń czerwonkowych w kiszkach znaczne powiększenie śledziony; badanie jej mikroskopowe, oraz wątroby i szpiku kostnego, wykazało liczne, w gruczołach zaś chłonnych i śledzionie rzadko rozmieszczone, wielkie komórki, podobne do pełzakowych, zawierające liczne charakterystyczne ziarenka okrągłe i podobne do gruzełków, zbliżone pod małem powiększeniem drobnowidowem do ziarniaków. Komórki powyższe zawierały prócz jądra czerwone i białe ciałka krwi, w części niezmienione, w części rozpadłe, były zatem fagocytami; ziarenka ich, barwiące się wybitnie barwikami jądrowymi, szczególnie hematoksyliną, zawierały otoczone bezbarwną osłonką ciałka chromatynowe w formie pierścienia lub półksiężyca, a nieraz obok tego ciałko chromatynowe małe o formie okrągłej lub podłużnej, połączone czasem z pierścieniem cienkim łącznikiem, który nieraz leżał oddzielnie. Wytłómaczenie znaczenia powyższych ziarenek sprawiło autorom wiele trudności: — przeciw zaliczeniu ich do pierwotniaków (pasorzytów zimniczych) przemawiał zupełny brak barwika w ciałkach owych, oraz brak ich w czerwonych ciałkach krwi, jako też odmienne zachowanie się wątroby i śledziony w przypadkach zimnicy złośliwej w porównaniu do powyższego. Dopiero porównanie ich z ciałkami Leishmanna, znalezionemi przez tegoż badacza i Donovana w soku i śledzionie osób, zmarłych na gorączkę podzwrotnikową z objawami wybitnie powiększonej śledziony, stwierdziło ich identyczność. Ciałka powyższe uważał Leishman za resztki lub zwyrodniałe formy „trypanosomów", zaś Ross i Laveran za nową postać pasorzytów krwi. M. i L. skłaniają się więcej do tłómaczenia, podanego przez Leishmana na tej podstawie, że małe jąderko (*micronucleus*) istnieje obok większego również u „trypanosomów", formy inwolucyjne, podane przez Bradforda i Plimmera dla „trypanosoma" Brucei całkowicie odpowiadają znalezionym przez M. i L. ciałkom, w końcu, z powodu wielkiego podobieństwa tak wyniku badania mikroskopowego, jak i przebiegu klinicznego chorób u ludzi i zwierząt, wywołanych „trypanosomami". *L. Bier.*

Schabad. **Promienica atypowa rzekomogruźlicza.** (*Streptothrichosis hominis antorum*). (*Zeitschrift f. Hygiene*, 1905, Bd. 47). W przypadku ropnia płucnego, który z klinicznego przebiegu choroby określono etyologicznie jako promieniczy, znalazł S. w plwocinie i ropie gęstej, nie zawierającej ziarenek żółtych, rozgałęzione nitki bez kolbiastych zgrubień końcowych i form gwiaździstych, różniące się od zwykłej promienicy opornością odbarwiania się pod wpływem kwasów. Nitki owe rosły w atmosferze tlenu na wszystkich pożywkach w postaci twardej i zbitej błony, złożonej z nitek długich, rozgałęziających się na końcach, rozpadały się one w laseczki i ziarniaki, a żelatyny nie rozpuszczały. Myszy i gołębie, zakażone hodowlą, zachowywały się prawidłowo, króliki i świnki morskie, zakażone podskórnie, do otrzewnej lub do krwi, ginęły. Na tej podstawie uważa Sch. znaleziony przez siebie pasorzyt za atypową odmianę promienicy, identyczną ze znalezioną przez Eppingera, Aoyamę i Miyamotę, oraz przez Mac Calluma, odmienną od atypowej odmiany Ferrego i Fagueta, oraz Sabrazés i Rivièra, Berestneffa, Scheelego i Petruschkyego, od której różni się brakiem fermentu proteolitycznego i zdolnością wytwarzania zmian rzekomej gruźlicy; od zwykłej promienicy odróżnia się wytwarzaniem ropy gęstej, jednostajnej, bez ziarenek i nitkami bez zgrubień kolbiastych i opornych w odbarwieniu wobec kwasów. Autor przypisuje jej szczególniejsze, znaczenie jako dowodowi pokrewieństwa botanicznego gruźlicy i promienicy, między któremi stanowi ogniwo pośrednie.

L. Bier.

Wimmer. **Przyczynek do poznania bakteryi nitryfikujących.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 48, 1905). Autor w części powtórzył trudne, a zarazem ważne badania Winogradskiego i Olemiańskiego nad sprawą nitryfikacyi ziemi i trójokresowym jej przebiegiem, wywołanym w każdym okresie odmiennemi bakteryami: zmieniającemi ciała organiczne na amoniak w okresie pierwszym, amoniak na kwas azotowy w drugim, i azotyny na azotany — w trzecim. Za przykładem Winogradskiego używał podłoża z kwasem krzemowym, zawierającego nadto węglan magnowy i wyhodował na niem z ziemi ogrodowej, zawierającej wiele próchnicy i z wolnej od próchnicy ziemi piaskowej dwa gatunki bakteryi, z których jeden zamieniał amoniak na kwas azotawy, drugi kwas azotawy na azotowy. Oba gatunki przedstawiały się jako cienkie, mało ruchliwe krótkie laseczki, barwiące się trudno i tylko ciepłym rozczynem barwika, nie rosły, co dla nich jest charakterystycznem, na pożywce z bulionem mięsnym. Zdaniem autora gatunki te odpowiadają gatunkom, nazwanym przez Winogradskiego i Olemiańskiego *nitrosemonas* i *nitrobacter*. Rozwijają się w ciepłocie 25 do 30° lepiej, niż pokojowej; w ziemi pulchnej przewietrznej (z dodatkiem piasku) szybciej, niż w pożywkach płynnych; — ciała organiczne tamują ich rozwój, szczególnie w pożywce płynnej. Brak kwasu fosforowego przeszkadza rozwojowi, wystarcza im jednak mały tegoż dodatek. Wpływom zewnętrznym opierają się nader wytrwale, gdyż zachowują żywotność czas długi w ziemi całkowicie wysuszonej. *L. Bier.*

Pfuhl. **Przyczynek do bakteryologicznego badania konserw mięsnych.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 48, 1905). Od dobrych konserw mięsnych żądać należy, aby były zupełnie jałowe; ułatwia to żądanie wyrób konserw z mięsa świeżego i solonego, które nie zawiera zarodników bakteryi. Dla oceny dobroci konserw lepszym od wydęcia puszek, od zmian w zewnętrznem zachowaniu się ich treści, zmian smaku i zapachu, jest wynik badania bakteryologicznego. Na 106 puszek dowolnie wybranych konserw znalazł P. 29 takich, które zawierały bakterye. Jakkolwiek mięso zwierząt zdrowych nie zawiera bakteryi, nabyć je jednak może na powierzchni i to w ilości znacznej, nieraz w formie zarodników z ziemi i kurzu, przy manipulacyach w rzeźni, przy krajaniu i wraz z dodatkiem jarzyn. Stąd też nie należy przy ocenie konserw w większej ilości ograniczyć się jedynie do nielicznych prób: wynik w nich dodatni polegać może na przypadku, gdyż zanieczyszczone mięso wobec rozmaitych sposobności, ułatwiających zanieczyszczenie, nie jest jednostajnie rozmieszczonem w puszkach. Celowy sposób postępowania przy badaniu konserw polegać winien na rozmnożeniu zawartych w konserwie bakteryi, a osiąga się to umieszczeniem puszki przez dni conajmniej 11—14 w cieplarce przy ciepłocie 37° C., przyczem rozwijają się bakterye beztlenowe i względne tlenowce. Większe znaczenie, aniżeli znaczenie gatunków, posiada dla oceny konserw stwierdzenie obecności bakteryi i określenie, czy zarodnikują, czy nie. W razie obecności bakteryi należy dochodzić, czy wyjałowienie było niewystarczające, czy też dostały się bakterye już po wyjałowieniu. Poszukiwanie bakteryi beztlenowych i tlenowych należy wykonać dla każdej puszki z osobna, przechowując puszkę, w której wykonano pierwsze badanie, przy stosowaniu odpowiednich kauteli 2 dni w termostacie do badania tlenowców. W zimie r. 1903/4 znalazł P. 60 puszek jałowych; w 23 przy dwukrotnem badaniu te same bakterye, a tylko w 2 puszkach okazały się przy badaniu powtórnem, obok znalezionych przy badaniu pierwszem, gatunki bakteryi tlenowych i zarodnikujących. Pewniejszem od badania wybranych próbek konserw jest oddanie ich wyjałowienia pod kontrolę zawodowego bakteryologa, który obserwacyą ciepłoty i kontrolującem badaniem prób z ziemią ogrodową stwierdzić powinien, czy zastosowany sposób wyjałowienia jest dostatecznie pewnym. Użyta do celu tego ziemia ogrodowa powinna zawierać zarodniki, któreby nie ginęły przynajmniej w ciągu $1^1/_2$ godziny w strumieniu pary. Zaleca się wypróbowanie poszczególnych kotłów do wyjaławiania co do czasu koniecznego dla osiągnięcia pewnego wyjałowienia puszek o rozmaitych kształtach i wielkościach. *L. Bier.*

Baumann. **Bakterya w wodzie, podobna do wąglikowej.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 1). Mimo wybitnych własności morfotycznych i biologicznych zarazka wąglikowego wykrycie jego w materyałach, nie pochodzących ze zwierząt żywych (futra, szmaty, woda), napotyka na bardzo znaczne trudności. Dotychczas nie udało się wykryć wąglikowych bakteryi w wodzie; znaleziono je natomiast w mule podejrzanych o jego zawartość potoków. Jedną z przyczyn trudności w stwierdzeniu obecności wąglika w wodzie jest obecność bakteryi. podobnych morfologicznie w hodowlach żelatynowych do wąglikowej, w wodach zanieczyszczonych odpadkami z cukrowni i gnojówce. W wodzie studziennej zanieczyszczonej gnojówką w domostwie, na którem zdarzył się przed 12 laty u bydła przypadek wąglika, znalazł B. przy płytkowem jej badaniu bakteryologicznem, kolonie morfotycznie i biologicznie podobne do wąglikowych, różniące się jednak od nich morfotycznie zaokrągleniem końców laseczki, szybkim rozwojem zarodników przy 37°, słabym przy 20° C. i ruchliwością bakteryi w młodych hodowlach; w kulturach zaś mętnieniem i wytworzeniem na powierzchni błonki opadającej później, szybką peptonizacyą pożywki żelatynowej, ziarnistością powierzchownych kolonii na płytce agarowej — wobec świnek morskich i myszy brakiem jadowitości, o ile nie wstrzyknięto je myszom w ilości zbyt wielkiej i po skończonem zarodnikowaniu. Morfotycznie i biologicznie, oraz zachowaniem się wobec zwierząt bakterya znaleziona zbliża się więcej do znanych gatunków bakteryi podobnych do wąglikowych, aniżeli do wąglika; jest to drugi gatunek tego rodzaju bakteryi, znaleziony dotychczas w wodzie. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosan per rectum poleca używać Müller (*Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte* 1905, Nr. 24). Szczególnie nadaje się ten sposób u dzieci, gdyż kapsułki sprawiają szybko obrzydzenie, jeżeli je dziecko, co często bywa, rozgryza. M. polecił w pewnym przypadku rozpuścić 10 kapsułek na 100 grm. tranu rybiego i wlewał z tego z początku 10, potem 20 grm. codziennie wysoko do odbytnicy. Po 16 dniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Ll.*

Zastosowanie **tigenolu w ginekologii** kreśli Batigne (*Gazette des hôp.* 1904, 123) na podstawie licznych własnych spostrzeżeń, z których 18 dokładnie opisuje. Oprócz tigenolu używał B. w przypadkach tych tylko ciepłych przepłukiwań pochwy, tigenol zaś stosował w ten sposób, że wkładał do pochwy tampony, napojone gliceryną tigenolową (45: 100) dwa razy na tydzień, pozostawiając je za każdym razem przez dobę. Przed włożeniem i po wyjęciu tamponu stosowano bardzo ciepłe przestrzykiwania. Postępowania takiego używał B. w przypadkach *endometritis* i chorób przydatków, a skutkiem jego było przedewszystkiem złagodzenie bolów, następujące zaraz już po założeniu pierwszego tamponu tigenolowego. Z początkiem leczenia pojawia się silniejszy wypływ z pochwy, od tigenolu brunatno zabarwiony, który w pierwszych dniach jeszcze się wzmaga, potem jednak zmniejsza się i znika. Owrzodzenia części pochwowej oczyszczają się, nie krwawią tak łatwo, jak przedtem, w końcu goją się. Tigenol działa także tamująco na krwawienia. Wogóle uznaje B. tigenol za jeden z cenniejszych leków miejscowych w ginekologii. *Hf.*

Calodal zaleca do lawatyw **odżywczych** Prof. Strauss (*Berl. kl. Woch.*, 1905, 44a). Jestto ciało białkowate, łatwo w wodzie rozpuszczalne, którego S. używał poprzednio do odżywiania podskórnego, wstrzykując po 100 ctm. rozczynu 5 prc., ze skutkiem, a bez szkody dla chorych. Do lawatyw odżywczych zapisuje S.: litr wody, 25,0 kalodalu, 50,0 cukru gron., 50,0 śmietanki, szczyptę soli, a po zagotowaniu 0,2 mentolu lub 0,5 tymolu lub 1,0 kwasu salicylowego; taką lawatywę daje S. 1—2 r. dnia pod małem ciśnieniem (25—30 ctm.) według sposobu Wernitza. Chorzy zatrzymywali taką lawatywę 3—4 godzin, a wsysała się z niej przytem przeszło połowa. *Hf.*

Alypiną 2 prc. i 5 prc. znieczulał oko przy mniejszych zabiegach Jacobsohn (*Wochens. f. Ther. u. Hyg. d. Auges*, 1905, 52), osiągając po 2 minutach skutek, trwający 10 minut. Za zalety alypiny uważa J. to, że nie działa ubocznie, nie wpływa na akomodacyę i na ciśnienie śródoczne (nadaje się więc szczególnie do operacyi w jaskrze) i nie sprawia pieczenia. Chcąc wywołać zniedokrwienie, dodaje J. do alypiny nieco atrabiliny. Köllner (*Berl. kl. Woch.*, 1905, 43) zauważył natomiast po 5 prc. alypinie krótko trwałe pieczenie, słabszych zaś rozczynów nie zaleca, bo nie znieczulają dość głęboko. Po jednem wkropleniu trwa znieczulenie 12 do 15 minut; powtarzając wkraplanie co 2—3 min. osiągnął K. po 8 wkropleniach znieczulenie godzinne. Na ruchy źrenicy i akomodacyę nie wpływa jednorazowe wkroplenie wcale, kilka wkropleń wpływa, ale nieznacznie. Ciśnienie śródoczne nie zmienia się. Nastrzykanie po alypinie usuwa łatwo kropla epireuanu, ale przytem następuje porażenie akomodacyi. Liczniejsze wkraplania alypiny wywołują w oku przemijające wrażenie zamglenia. Jedna lub dwie krople alypiny znieczulały dostatecznie przy operacyach na rogówce, spojówce, przy tenotomiach i rozcięciu zaćmy. Przy irydektomiach zdarzyły się kilka razy dość znaczne krwotoki; obawiając się ich nie użył K. alypiny ani razu przy wydobyciu zaćmy. K. używał też alypiny 1°/₀₀ do znieczulenia sposobem Schleicha; wreszcie stwierdził

iż lek ten dobrze koi ból w bolesnych cierpieniach rogówki (skaleczenia, opryszczki i t. d.). *B.*

Kollargolu użył w 20 rozmaitych przypadkach Gron (*Pharmacia*, 1905, 1—6), wcierając dziennie po 2 gr. maści Credego. Wobec wytworzonych już ropni (w przymaciczu, w gruczole krokowym i t. d.) leczenie to było bezskuteczne; natomiast działało pomyślnie w ogólnych zakażeniach wiewiórowych i zapobiegało zropieniu świeżych dymienic po wrzodzie miękkim. Hengel zaś (*Nederl. Tidskr. v. Gen.*, 16. IX. 1905) utrzymuje, że zdołał wyleczyć wstrzykiwaniem kolargolu przypadek porażenia Landryego, rozpoznano po naradzie z kilku kolegami, i przypadek posocznicy, gdzie po 3 wstrzyknięciach 1 prc. roztczynu (po 4—10 cm. sz. naprzód do żyły potem podskornie) ciepłota szybko spadła z 40·4° na 38° C. *H.*

Formanu próbował używać Fuchs (*Wiener med. Presse*, 1905, 15) w ciągu zimy r. z. przeciw grypowemu nieżytowi nosa, spodziewając się, że lek ten (chlormethylmenthyleter) działać będzie znieczulająco dzięki zawartemu w nim mentolowi, a bakteryobójczo dzięki formaldehydowi. F. używał częścią wziewań do nosa, częścią 33¹/₃ prc. waty formanowej i utrzymuje, że uzyskał wybitne polepszenie nietylko w katarze nosa, ale i w nieżycie oskrzeli na tle grypy. Jeszcze korzystniej ocenia forman Winterberg (*Wiener klin. Rundschau*, 1905, 4), który zalecał go w rozmaitych nieżytach oskrzeli, tchawicy i krtani i twierdzi, że z 41 przypadków nieżytu oskrzeli tylko w 5 nie miało to odnieść żadnego skutku. Z pozostałych 36 miał być skutek wybitny w 19, objawy podmiotowe złagodniały w 11. *Ld.*

Aspirynie przypisują Rindfleisch i Ruprecht (*Monats. f. Ohrenhk.*, 1905, 3 i 4) własność poprawiania krążenia w skórze, a wskutek tego odciągania krwi z błon śluzowych i tem tłómaczą działanie tego leku w *coryza nervosa*. R. podaje też aspirynę przed uśpieniem chloroformowem, co ma zapobiegać wymiotom. *B.*

Perhydrolu używał w przypadkach chirurgicznych Klier (*Aerztl. Reform.-Ztg.*, 1905), uważając go za wyborny środek wobec ran zatokowatych i jam tak usadowionych, że nie można ich wygodnie przepłukiwać. Rozczyn perhydrolu przyrządzać należy zawsze tuż przed zmianą opatrunku, mieszając n. p. litr perhydrolu z 9 litrami świeżo przegotowanej wody (= 3 prc. H_2O_2). W rozczynie tym macza się wacik i wyciska z niego płyn kroplami do rany, przyczem ciecz, silnie się pieniąc, sama mechanicznie ranę oczyszcza. Gdy ciecz pienić się przestaje, osusza się ranę delikatnie wacikami. Szczególnie dobre wyniki uzyskał K. przy zanieczyszczonych dużych ranach ze zmiażdżenia, oraz w przypadkach oparzenia. Zaletą perhydrolu jest także to, że z jego pomocą łatwo jest zdjąć celem zmiany nawet wielkie przyschnięte opatrunki, unikając krwawienia, oszczędzając choremu bolu, a przytem zużywając bardzo niewiele płynu (n. p. 50 grm. 3 prc. H_2O_2), — rzecz bardzo wygodna na prowincyi, gdzie niezawsze ma się wszystko pod ręką, a nieraz brak nawet czystej wody lub naczyń do przyrządzania środków przeciwgnilnych. Wadą perhydrolu jest wysoka stosunkowo cena. *M.*

Surowicę przeciwko zapaleniu płuc próbowali wytworzyć już w r. 1891/2 Klemperer i Pane, jednak nie uzyskali zapomocą niej korzystnych wyników. Dopiero surowica pneumokokowa Römera, wyrabiana obecnie przez fabrykę Mercka, okazać się miała według Knautha i Pässlera istotnie skuteczną. Trzecim, który ją stosował, dotychczas w 4 przypadkach na oddziele Löhleina, jest Lindenstein (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 39). Wstrzykuje on surowicę natychmiast, skoro tylko rozpoznano chorobę, uważając ten pośpiech za niezmiernie ważną rzecz. U 5-letniego dziecka wstrzyknął L. 6 cm. sz., u dorosłych używał po 10 cm. sz. Po wstrzyknięciu spadała gorączka o 1—2 stopni, naciek zapalny dalej się nie szerzył, a podmiotowy stan chorych uderzająco się poprawiał. We wszystkich przypadkach używał jednak L. obok surowicy także naparstnicy. Przełom następował zawsze 7-go dnia, a potem rychło powrót do zdrowia. *M.*

Nowsze leki, używane w krztuścu, zestawia Wiesner (*Heilmittel-Revue*, 1905, 9). Baroux zalecił przed kilku laty rozwieszać w pokoju chorych chusty, zmoczone perhydrolem (czyste H_2O_2), a Nacht nie potwierdza wprawdzie jego zdania, jakoby to postępowanie w każdym okresie krztuśca usuwało chorobę w ciągu dni 8, jednakże uważa je za polecenia godne. Dioninę chwalą Hoff, Schmidt i Gottschalk, jako lek wprawdzie nie swoisty, ale znacznie skracający przebieg i łagodzący napady. Dawka dioniny do końca 1-go roku życia 0.0005, u dwuletnich 0.001, w 3—4 r. ż. 0.003—0.004, w 5—8 0.005. Równie korzystnie oceniają dioninę Weigl i Lichtgarn, a Fjellander przekłada ją nad wszystkie inne nowsze leki (bromoform, pertussin, narcotica). Rahn próbował zwalczać krztusiec bromipiną 10 prc., stosując ją przez dwa pierwsze tygodnie w lawatywach (u osesków tyle gramów, ile dziecko liczy miesięcy, powyżej roku 10—12—15 gr., u dzieci czteroletnich i starszych 15—20 gr. w filiżance mleka i t. d.). Aronheim znów zaleca *atropinum methylobromatum* według przepisu. *Rp. Atrop. methylobrom.* 0.03—0.05, *Antipyrini* 0.50, *Mixturae solventis* ad 200.0 S. *Co godzina łyżeczkę.* Wreszcie Münz chwali działanie veronalu (w roztczynie 1: 120, dziennie 3—4 łyżeczek). Zachwalanie przez rozmaitych autorów tak wielu rozmaitych nowych środków zdawałoby się zresztą dowodzić, że podobnie, jak leki dawniej używane, tak i te nowe działają tylko objawowo i łagodząco. *M.*

Pilokarpiną próbował Menschig (*Mediz. Klinik*, 1905, 40) leczyć **nagminne zapalenie opon mózgowych**, zachęcony spostrzeżeniem Vohryzka (*Allgem. Wr. m. Z.*, 1895, 8). Z 5 dzieci, leczonych wewnętrznie pilokarpiną (z roztczynu 0.03—0.04 na 200.0 wody po łyżeczce co 1—2—3 godz. aż do potów, po ich ustąpieniu lekarstwo powtarzano) wyzdrowiało 4, jedno tylko dziecko zmarło. W dwóch z wyleczonych przypadków były objawy uszne, które potem ustąpiły, w dwóch także objawy oczne, z tych w jednym pozostało niewielkie porażenie mięśni ocznych. Po potach, wywołanych przez pilokarpinę, przytomność wracała i znikał ból głowy; sztywność karku i gorączka ustępowały zwolna. Zapadu nie wywołało to leczenie ani razu. *M.*

Teocyny używali w ciągu lat 2 u 40 chorych, dokładnie spostrzeganych w szpitalu i w praktyce prywatnej, oraz w 50, nie tak dokładnie śledzonych przypadkach, Pawiński i Korzonówna. (*Heilk.* 1905, 9). U wszystkich kobiet bez wyjątku wywoływała teocyna silne podniecenie nerwowe, w przerwie leczenia ustępujące; często pojawiał się dalej ból głowy, wskutek którego chore nieraz opierały się leczeniu tym środkiem. Z początku używali P. i K. czystej teocyny (0,12 do 0,25 — 2—3 razy dnia), potem *theocin-natrium acet.* (dawka 0,25—0,50). U mężczyzn podniecenie nerwowe po teocynie nie bywało tak silne. Po czystej teocynie częste były zaburzenia trawienia; lepszem pod tym względem jest od niej *theocin-natrium acet.* We wszystkich spostrzeżeniach okazała się teocyna silnym lekiem moczopędnym, jednakże działanie jej szybko się wyczerpuje; niemniej przyznać trzeba, że działa nieraz tam, gdzie inne leki moczopędne i sercowe zawodzą. Białkomocz nie stanowi przeciwwskazania do podawania teocyny. Na uwagę zasługuje to, że teocyna zmniejsza duszność, nawet wtedy, gdy moczenie się nie zwiększyło: to korzystne działanie stwierdzili P. i K. w dychawicy sercowej, w toku miażdżycy, w rozedmie płuc przy rozpoczynającej się niedomodze serca, wreszcie w tych przypadkach duszницy bolesnej, w których obok bolów istniała duszność. W takich przypadkach podawano częścią samą teocynę (2—3 r. dnia po 0,18—0,3), bądź obok naparstnicy, a czasem i kamfory. Aby zapobiedz bezsenności, wywoływanej przez teocynę, należy ją podawać nie zbyt późno wieczór; zawsze zaś zaczynać trzeba od dawek małych, podnosząc je zwolna w miarę tego, jak ją chory znosi. Grodzeński (*Medizin. Woch.*, 1905, 40) stosował teocynę u 20 chorych, dotkniętych puchliną z różnych przyczyn i przenosząc ją nad inne leki moczopędne, zauważa, że działa ona tylko dopóty, dopóki obrzęki nie znikną, poczem działać przestaje. *B.*

Magnesiumperhydrol jest nazwą handlową 15 prc. nadtlenku magnezu, wytwarzanego przez fabrykę Mercka, a mającego według Jaegera (*Aerztl. Mittheil.*, 1905, 36) znakomicie działać na złogi i dolegliwości dnawe. Przepisuje się ten lek w proszku z pięciokrotnym dodatkiem cukru mlecznego, a z tej mieszaniny pod je się 3 razy dnia po łyżeczce, rozmieszawszy w mleku i t. p. 100 grm. kosztuje około 6 koron. *M.*

Jothion ma według Schindlera (*Heilkunde*, 1905, 10) obok wielkich zalet, jakimi są łatwa wessalność przez skórę i stosunkowo małe działanie na przewód pokarmowy, także i strony ujemne. Przetwór ten mianowicie drażni skórę, zwłaszcza nierozcieńczony; u wielu chorych szczególnie wrażliwa jest skóra części płciowych. Nie jest też prawdą, jakoby jothion nigdy nie wywoływał jodzicy; przeciwnie S. zauważył u dwóch chorych trądzik jodowy. Dlatego obecnie używa S. już tylko 50 prc. maści jothionowej (z wazeliną lub lanoliną). Przekonawszy się już dawniej, że jothion, wcierany na wzór szaruchy w różne części ciała kolejno codziennie przez pół godziny, może sam wyleczyć objawy kiły trzeciorzędnej, użył S. tego leku obecnie do leczenia wiewiórowego zapalenia najądrza. Stósowną była tutaj 5—10 prc. maść jothionowa, którą codziennie smarowano skórę moszen i pokrywano opatrunkiem; polepszenie następowało po tygodniu. Jako lek przeciwpasorzytny działał jothion skutecznie w grzybkowym wyprysku obrzeżnym (*eczema marginatum* — rozczyn wyskokowy 5 prc.), w figó-

wce (*sycosis paras.* — 10 prc. plaster salicylowy z dodatkiem 10 prc. jothionu) i w grzybicy (*trichophytia* — 5 prc. maść). Natomiast w toczniu rumieniowym (*lupus erythematosus*) nie działał jothion wcale. *B.*

Dormiol stosował przeciw bezsenności Baroch (*Allg. med. Ctrztg.*, 1905, 40) w dawce 1—3 gr. Spostrzeżenia B. dotyczą różnych postaci bezsenności. Według prób, dokonanych na sobie samym i na ludziach, zdrowych umysłowo, oznacza B. dawkę 0,5—1,0 jako wystarczającą do wywołania 5—8 godzinnego snu. W tej dawce już działa dormiol czysty, znajdujący się w handlu w kapsułkach; używając zaś 50 prc. roztworu, również znajdującego się w handlu, trzeba oczywiście dawkę podwoić. Tymże lekiem posługuje się z upodobaniem także Wederhako (*Therap. Monatsh.*, 1905, 7) dla sprowadzenia snu, zwłaszcza u podnieconych w obłędzie opilczym. Nadto jednak zaleca W. używać dormiolu przeciw nadmiernym potom, zwłaszcza u suchotników, równocześnie cierpiących na bezsenność. Za dawkę skuteczną uważa W. dopiero 1,5—2,0 i utrzymuje, że nawet 3,5 można podać naraz bez szkody dla ustroju. *L. B.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 8 listopada 1905 r.

Przewodniczący Prof. Nowak. Obecnych członków 53.

I. Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu w imieniu Towarzystwa listu gratulacyjnego z okazyi uroczystości otwarcia szpitala Maryi Anny w Łodzi i telegramu gratulacyjnego z powodu jubileuszu 25-letniej działalności Dr. Biegańskiego w Częstochowie.

II. Towarzystwo uchwaliło urządzić kursy samarytańskie w Domu lekarskim. Kol. Klęsk, który takie kursy prowadził w klinice, ofiaruje gotowość udzielenia informacyi.

III. Przewodniczący wita imieniem Tow. obecnych na posiedzeniu gości: Dr. Puławskiego z Nałęczowa, Dr. Picka ze Strumienia i Dr. Spannbauera.

IV. Kol. Bogdanik przedstawia przypadek **resekcyi obu stawów łokciowych** w słowach następujących:

»Przedstawiam kolegom A. B., dziewczynę 16-letnią, u której na dwóch posiedzeniach wypiłowałem obydwa stawy łokciowe. Uczyniłem to, bo przybyła z zesztywnieniem obydwu kończyn górnych, jako następstwem zapalenia, które przebyła przed 4 laty. W dniu 3/7 1905 r. wypiłowałem najpierw lewy staw łokciowy, wyprostowany pod kątem 180°, w dniu 21/8 zaś wypiłowałem prawy staw łokciowy, zesztywniały pod kątem rozwartym. Cięcie poprowadziłem wzdłuż osi długiej kończyny przez wyrostek łokciowy, drążąc odrazu aż do kości. Następnie oddzieliłem części miękkie wraz z okostną od kości, co z powodu silnych zrostów nastręczało pewne trudności, wypiłowałem kość ramienną powyżej kłykciów, a kości przedramienia poniżej główki kości sprychowej. Spoiwszy następnie części miękkie szwem z fil de Florence, osączkowałem stawy i opatrzyłem kończynę pod kątem 180° opaskami krochmalnemi na szynie drewnianej. Po upływie tygodnia opatrzyłem ranę, ustaliwszy kończynę pod kątem prostym i rychło zaleciłem wykonywanie ruchów czynnych i biernych. Wynik pooperacyjny jest bardzo dobry. Chora porusza kończyny zupełnie dobrze i ma w nich siłę. Że w niniejszym przypadku resekcya była konieczna, nie ulega wątpliwości. Chora, która z powodu zesztywnienia stawów w złem położeniu nic robić nie mogła, ma obecnie stawy ruchome, siłę w nich bardzo dobrą. Podzielone są atoli zdania chirurgów, czy w przypadkach gruźlicy stawów należy operować, czy też leczyć zachowawczo. Różnica zdań objawiła się podczas pierwszego zjazdu międzynarodowego w Brukseli. Głośnej sławy chirurgowie oświadczyli się jako bezwzględni konserwatyści, inni znowu przemawiali za operacyą. Na podstawie własnego doświadczenia przyznać muszę, że się w wielu przypadkach konserwatywne postępowanie da zastósować z pomyślnym wynikiem. Wstrzykiwania mieszanki jodoformowej, ustalenie kończyn, czasem połączone z ekstenzyą, opaski Biera, kąpiele słone, jodowe, pobyt na świeżem powietrzu lub nad morzem, odpowiednia dyeta, nieraz zadziwiający wpływ wywierają, ale nie zawsze. Jest to przytem leczenie długotrwałe, kosztowne. U ludzi przeto, którzy nie mogą poświęcić dużo czasu na leczenie, niemniej tam, gdzie leczenie zachowawcze zawodzi, przystąpimy do resekcyi, lub nawet do odjęcia kończyny w rozpaczliwych przypadkach. Obszerniejszą pracę w tym kierunku przedłożę na przyszłorocznym zjeździe międzynarodowym w Lizbonie, tu zaś przytoczę tylko jeden przypadek gruźlicy kości operacyjnie leczony, który przeciwników przekonać powinien. Dotyczy on czternastoletniego chłopczyka, który się zgłosił do szpitala w dniu 19/11 1904 r. z gruźliczemi przetokami obojczyka, prawego stawu łokciowego i kości podudzia lewego. Kolejno wyłuszczono mu (Dr. Ozga) obojczyk, wydłutowano prawą kość goleniową i wypiłowano prawy staw łokciowy. W pół roku później 25/5 1905 r. opuścił zakład całkiem wyleczony, bez żadnych przetok. Nietylko miał ruchy wolne w stawie łokciowym i siłę, ale nawet nauczył się sztuki pisania kończyną resekowaną«. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zapytuje kol. Klęsk, jakie zmiany znaleziono przy operacyi w stawie i kościach, oraz co skłoniło prelegenta do wycięcia stawu. Kol. Bogdanik odpowiada, że w stawie znaleziono silne zrosty. które spowodowały zesztywnienie i niemożność używania kończyn. Kol. Klęsk wyraża przypuszczenie, że może leczenie ortopedyczne mogłoby dać także choć częściowy skutek w tym przypadku. W przypadkach zesztywnienia stawów łokciowych, nawet zrostów kostnych, wykonywał Prof. Kader z dobrym skutkiem w klinice krakowskiej otwarcie stawu i wyrzeźbienie powierzchni stawowych, poczem z pomocą leczenia ortopedycznego wynik był wcale dobry. Zesztywnienia i przykurczenia nie kostne dają się oczywiście jeszcze tem łatwiej usunąć. W klinice krakowskiej przy podobnych sprawach chorobowych postępuje się prawie zawsze zachowawczo. (*Streszczenie własne*).

V. Kol. Frommer przedstawia i omawia *a)* **Przypadki raka skórnego, leczone promieniami Roentgena.** »Około 100 autorów rozmaitej narodowości stwierdziło korzystny wpływ promieni roentgenowskich na raka, a szczególniej raka skóry. Ostateczne sądy dadzą się streścić w następujących zdaniach: Gojenie się raka pod wpływem promieni roentgenowskich możliwe jest tylko w przypadkach raka skórnego lub też bezpośrednio pod skórą położonego. W przypadkach rozległego owrzodzenia rakowego oczyszczają się pod działaniem promieni Roentgenowskich cuchnące rozpadłe masy tylko na powierzchni, w głębi natomiast sprawa nowotworowa posuwa się dalej. Chcę tutaj pokrótce podać wyniki, jakie otrzymałem w ostatnich 3 latach, zajmując się leczeniem raków zapomocą promieni Roentgena. Używałem induktora 50-centymetrowego, ze zmienną indukcyą, systemu Dr. Waltera, przerywaczy elektrolitycznych różnej długości i rur roentgenowskich wyrobu Müllera w Hamburgu z automatyczną regulacyą. Co do techniki naświetlania, to ustawiałem z początku ognisko rury w odległości 15—30 cm. od miejsca chorego, przyczem naświetlałem po 6—10 minut codziennie przez 6 do 7 dni. Potem przerwa przez 10—12 dni, a zależnie od stopnia osiągniętego odczynu znowu ta sama ilość naświetlań w miarę odczynu z większem lub mniejszem nasileniem. W ostatnich czasach stosowałem szczególniej przy nowotworach rakowych także silne jednorazowe naświetlenia, regulując dawkę podług chromoradiummetra Holzknechta. Stosowałem to leczenie w 9 przypadkach raka, a mianowicie:

	Miejsce choroby	Leczenie	Wynik
I.	Warga dolna.	20 posiedzeń	wyleczony w $1^3/_4$ r. bez recydywy
II.	Warga dolna, (nawrót po operacyi).	12 »	w stanie poprawy.
III.	Warga dolna, (nawrót po operacyi).	20 »	nie wyleczony.
IV.	Policzek (nawrót po operacyi).	10 »	wyleczony.
V.	Nos.	10 »	nie wyleczony.
VI.	Sutek.	40 »	poprawa.
VII.	Przedramię.	20 »	bez poprawy.
VIII.	Nos	10 »	wyleczony.
IX.	Grucz. podszczęk. (nawrót po oper.)	20 »	poprawa.

O wynikach leczenia przekonamy się na dwu chorych[1].

I. Jedna z nich zgłosiła się z początkiem października b. r. z powodu znacznego owrzodzenia na twarzy. Choroba rozpoczęła się przed rokiem. Na skroni lewej powyżej brwi owrzodzenie okrągłe o średnicy 8 cm. Cała ta przestrzeń pozbawiona skóry o brzegach nacieklych, kraterowatych, pokryta

[1]) Chora tę przedstawilem na drugiem posiedzeniu w tydzień później, gdyż 8. XI. nie stawiła się.

wybujała ziarniną, oraz masami zgorzelinowemi cuchnącemi. W górnej części widać obnażoną kość, pokrytą wydzieliną ropiastą. Rozpoznano: *Epithelioma faciei*. Po 6 naświetleniach masy obumarłe zaczęły odpadać, stając się coraz różowsze, wydzielina mniejsza. Po 12 naświetleniach brzegi poczynają się zabliźniać, część środkowa zawsze jeszcze owrzodziała; obecnie po 24 naświetleniach rana całkiem zgojona z wyjątkiem nieznacznej części w miejscu, gdzie się znajdowała obnażona i nadżarta kość czaszki.

II. Druga z tych chorych zgłosiła się na oddział dnia 15 XI 1905 r., z nawrotem rakowym w pasze lewej po odjęciu sutka z powodu raka. Stwierdzono: Po stronie lewej w linii sutkowej blizna linijna długości 20 cm. W dalszym ciągu tej blizny popod mięśniem piersiowym guz wielkości pięści, zrosły ze skórą, twardy, nieruchomy; chora skarży się na bóle promieniujące w kierunku ramienia, oraz ku łopatce.

Wobec niemożebności doszczętnego wycięcia gruczołów pachowych, zaproponowałem chorej naświetlanie promieniami Roentgena. Zaraz po pierwszych naświetleniach ustąpiły bóle, przyczem guz, który według podania pacyentki miał się stale zwiększać, zdawał się być mniejszy. Ze względu jednak na małe stosunkowo wyniki postanowiłem usunąć operacyjnie powierzchowne części guza bez narażenia naczyń pachowych i wyciąwszy znaczne masy nowotworowe, pozostałe resztki zniszczyć w kilka dni po operacyi zapomocą X-promieni. Dnia 13. X. w uśpieniu chloroformowem okroiłem cięciem eliptycznem cały guz, pozostawiając prawie same naczynia, porosłe masami nowotworowemi. Znaczny ubytek pokryłem płatem z grzbietu; po 6 dniach rana zgoiła się doraźnie, poczem leczyłem dalej promieniami Roentgena. Obecnie chora ma się zupełnie dobrze.

Ze spostrzeżeń moich wynika, zgodnie ze zdaniem innych autorów, że 1) leczenie promieniami Roentgena wskazanem jest przy rakach skórnych powierzchownych, sprowadzając tam wynik pomyślny; 2) przy leczeniu guzów rakowych z owrzodzeniami jako środek paliatywny, zmniejszający powierzchnię owrzodziałą, oraz usuwający cuchnącą wydzielinę i już po kilku naświetleniach usuwający bóle, przez co choremu, i tak straconemu, przynosimy przynajmniej znaczną ulgę; 3) w przypadkach raka, głęboko sięgającego, dostępnego dla noża chirurga, wskazaną jest jedynie operacya celem doszczętnego usunięcia nowotworu; 4) w przypadkach pośrednich, gdzie operacya doszczętna nie jest możliwą, a wybujałe masy nowotworowe, chłonąc promienie Roentgena, nie dopuszczają ich do głębszych warstw, operacya częściowa, pokrycie ubytku skórą zdrową i następowe naświetlanie promieniami Roentgena zdaje się być najodpowiedniejszem postępowaniem. *(Streszczenie własne).*

Następnie przedstawia kol. Frommer: *b)* chorych leczonych **metodą Biera z uwzględnieniem zgorzeli starczej.**

»Przed kilku miesiącami przedstawiłem tutaj chorych, leczonych metodą Biera (przekrwieniem biernem). Były to przeważnie przypadki ostre, jak ropowice podskórne, zapalenie ropne ścięgien, zapalenie ropne gruczołów pachwinowych i t. d.; przedstawiłem też zastosowanie przekrwienia biernego w leczeniu pooperacyjnem, po trepanacyi wyrostka sutkowego, po sekwestrotomii, po resekcyach stawów. W takich wszystkich przypadkach stosowaliśmy dalej to samo leczenie z wynikiem zawsze dobrym, skracając tylko znacznie czas leczenia. O ile dawniej stosowaliśmy przekrwienie bierne przez czas od 10 do 20 godzin na dobę, o tyle obecnie zadowalniano się założeniem opaski tylko na 1 do 2 lub 4 godzin na dobę. Obecni tutaj chorzy leczeni byli sposobem Biera wyłącznie z powodu chorób przewtekłych, jak gruźlica stawu, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego. Leczenie to polega, jak wiemy, na założeniu opaski gumowej powyżej miejsca chorego. Opaskę zakładamy dość słabo, aby utrudnić wyłącznie krążenie żylne, pozostawiając dopływ krwi tętniczej prawie zupełnie swobodnym. Części ciała, podlegające przekrwieniu biernemu, stają się obrzękłe, zaczerwienione, powinny być jednak zawsze ciepłe, a chory nie powinien odczuwać bólu. Z obecnych tutaj pięciu chorych leczone były: 1) A. B. z powodu ropnia zimnego na udzie prawem, przyjęta I X 1905, wyleczona 3 XI 1905; 2) Z., z powodu gruźlicy stawu łokciowego, przyj. 24/VIII 1905; wyleczona; 3) 4) i 5) Trzy chore Z. K. i M. z powodu zapalenia szpiku kostnego k. piszczelowej, przyj 1/X i 24/VIII 1905, dwie z nich wyleczone, u jednej poprawa.

Wyniki te, wogóle bardzo dobre z utrzymaniem zupełnej sprawności zajętych stawów, potwierdzają w zupełności pożytek leczenia przekrwieniem biernem zmian gruźliczych stawów, oraz zapaleń szpiku. Początkowo polecał Bier, jak wiadomo, zastosowanie przekrwienia biernego tylko przy tych cierpieniach. Dopiero w ostatnim roku ogłosił on wyniki leczenia tym sposobem także ostrych zapaleń ropnych tkanki podskórnej, ścięgien, stawów, okostnej [2]), przestrzega jednak, aby nie zastosowywać tego leczenia przy zapaleniach ropnych, połączonych ze znacznem utrudnieniem krążenia, pociągającem za sobą obumarcie tkanki.

[2]) *Münchener medizinische Wochenschrift 1905. Nr. 8.*

W lipcu b. r. zgłosił się na oddział chirurgiczny chory ze zgorzelinową ropowicą ręki prawej. Przy przyjęciu stwierdzono: Ręka prawa i przedramię znacznie obrzękłe, zaczerwienione, wzdłuż sieci naczyń limfatycznych wybitne zaczerwienienie. Dwa ostatnie członki palca małego obumarłe, czarne. Na obrzękłej dłoni wyraźne chełbotanie. Ze względu, że chory nie chciał się zgodzić na żadną większą operacyę, założyliśmy opaskę Biera po nacięciu ropnia. Po kilku dniach obumarłe części zaczęły się oddzielać, rana zaczęła się oczyszczać, obrzęk ustąpił. Stan obecny, jak widzimy, jest obecnie wcale dobry, część palca utrzymana, chory posługuje się ręką.

Ten niespodziewanie pomyślny wynik skłonił mnie do zastosowania przekrwienia biernego także i przy zgorzeli starczej na tle daleko posuniętych zmian naczyń. Zastosowaliśmy leczenie to w pięciu przypadkach, z tych w dwu przypadkach pomimo widocznego polepszenia zmuszeni byliśmy z powodów niezależnych od nas leczenia zaprzestać. W pozostałych trzech osiągnęliśmy wynik bardzo dobry. Jeden 77-letni chory opuścił już oddział, dwoje tu obecnych chorych jest na najlepszej drodze do zupełnego wyleczenia. Jeden z nich utracił wszystkie palce stopy prawej, obecnie rana poczęła się zabliźniać. U drugiej chorej zgojona całkowicie utrata palca dużego stopy lewej. Rzecz sama znajduje się dopiero w okresie prób, stosowanych z największą ostrożnością. Pomyślne jednak wyniki cechują się w każdym prawie przypadku tem, że znaczne dolegliwości ustępują, a rany oczyszczają się. Te wyniki w chorobie, dotychczas nieuleczalnej, stanowią nowy dowód siły leczniczej przekrwienia biernego« *(Streszczenie własne).*

W dyskusyi zapytuje prelegenta kol. doc. Rutkowski, jakie powody skłoniły go do odstąpienia od techniki, podanej przez Biera, leczenia ostrych spraw zapalnych przekrwieniem biernem. Technika kol. Frommera różni się zasadniczo od techniki, obecnie ogólnie przyjętej.

Kol. Frommer odpowiada: W ostatnich 2 miesiącach zakładamy opaskę Biera także i przy sprawach ostrych na krótszy przeciąg czasu, dotychczas z równie dobrym wynikiem, jak przy zastosowaniu przekrwienia przez 10 do 20 godzin.

Kol. Rutkowski stwierdza, że zachodzi tu widoczna pomyłka. Bier od pierwotnie podanej techniki w rzeczywistości nie odstąpił i stosuje przekrwienie bierne dotychczas w ostrych sprawach zapalnych przez czas dłuższy, bo do 22 godzin dochodzący. Krótkotrwałe przekrwienie bierne jedno- lub dwu-godzinne poleca w sprawach gruźliczych. Leczenie przekrwieniem biernem ostrych spraw zapalnych, a leczenie niem spraw gruźliczych, są to dwie odrębne sprawy, a technika zupełnie różna. W przypadku zapalenia szpiku kostnego z wytworzeniem się martwaka, a o takim chyba mówił kol. Frommer, jeśli wspominał, że w przypadku tym leczenie operacyjne polegałoby na wydłutowaniu prawie całej kości piszczelowej, leczenie przekrwieniem biernem nie może prowadzić do celu. Zapalenie szpiku kostnego nadaje się do leczenia sposobem Biera jedynie w okresie ostrym i w postaci powracającej, z chwilą jednak wytworzenia się martwaka lub ropnia kostnego musimy się uciec do zabiegu krwawego. Należy również zaznaczyć, że właśnie Bier podnosi wysokie własności odżywcze przekrwienia biernego i popiera to nietylko wywodami teoretycznymi, ale i licznymi przykładami. Przypadki zgorzeli kończyn, przedstawione przez kol. Frommera, leczone przekrwieniem biernem, nie są przekonywające. Bier poleca w podobnych przypadkach przekrwienie czynne, wywołane gorącem powietrzem.

Kol. Klęsk oświadcza, że przyrządami ssącymi, stosowanymi obecnie na szeroką skalę w klinice, otrzymuje się bardzo dobre wyniki, szczególnie w ostrych sprawach ropnych sutka, palców i w czyrakach. Opaskę elastyczną stosować należy w sprawach ostrych przez kilkanaście godzin, w przewlekłych krócej. Wyniku pomyślnego przy leczeniu raków naświetlaniem promieniami Röntgena autor w klinice nie spostrzegł ani razu, natomiast widział wyleczenie, czy też zniknięcie mięsaka w gałce ocznej u chorego, przysłanego do leczenia na klinikę przez prof. Wicherkiewicza. O wypadku tym zda zapewne później sam prof. Wicherkiewicz sprawę.

Kol. Frommer zaznacza, że kilkunastu chorych, leczonych z dobrym wynikiem sposobem Klappa, jakoteż i same przyrządy, przedstawił już przed kilku miesiącami na posiedzeniu Towarzystwa.

Kol. Klęsk zwraca uwagę, że opaska elastyczna ma za zadanie wywoływanie obrzęku, co może dopiero w kilka godzin nastąpić. Obrzęk ten, w ilości nieraz kilku litrów, rozpuszcza w sobie jady drobnoustrojów i wiąże sprawę chorobową na miejscu, co z pomocą wstrzykiwań strychniny doświadczalnie na zwierzętach stwierdzono.

Kolega Frommer oświadcza dalej, że przy zapaleniach szpiku kostnego z centralnymi martwakami, przekrwienie bierne nie prowadzi do celu; natomiast przy zajęciu całej kości, lub też przy nawrotach zapalenia szpiku, do jakich należą przedstawione przypadki, gdzie wewnątrz kości znajduje się ropień lub granulacye, leczenie daje bardzo dobry wynik. Koledze Klęskowi odpowiada kolega Frommer, że w dotyczącej pracy Josepha, powstały obrzęk z powodu przekrwienia biernego tłómaczy tylko w części dobre wyniki tego leczenia przy zapaleniach ropnych. Są to sprawy mimo obszernych doświadczeń jeszcze zupełnie niejasne. Co do leczenia raków skórnych, to pomyślne wyniki leczenia podają najrozmaitsi autorowie; zależy to głównie od stosowanej techniki. (*Streszczenia własne*).

Kol. Doc. Droba wygłasza pierwszą część wykładu o ostatniej epidemii **zapalenia opon mózgowordzeniowych** w Galicyi i badaniach, wykonanych przez siebie wspólnie z kol. doc. Kučerą. Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 15 listopada 1905.

Przewodniczy: Prof. Nowak. Obecnych członków 37.

I. Kol. Frommer przedstawia chorą, u której **raka na czole** usunął w 16 posiedzeniach przez naświetlanie **promieniami Roentgena.**

II. Kol. Spira przedstawia watę formanową, którą według jego wskazówek sporządza magister farm. Wiśniewski.

III. Kol. Doc. Droba wygłasza dokończenie wykładu **o zapaleniu opon mózgowordzeniowych**. Dyskusyę odłożono.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 23 listopada 1905.

Przewodniczy: Doc. Rutkowski, obecnych członków 43.

I. Kol. Doc. Droba przedstawia wnioski co do **postępowania zapobiegawczego w epidemiach zapalenia opon mózgowordzeniowych.**

W dyskusyi zabiera głos kolega profesor Bujwid w słowach następujących: »W odczycie kolegi Droby należy podnieść niewykle sumienne i wszechstronne wyzyskanie materyału obserwacyjnego. Dzięki temu uzyskaliśmy w pracy Droby i Kučery ważny przyczynek do epidemiologii zapalenia opon mózgowordzeniowych. Widzimy, że podobnie, jak przy durze i cholerze, roznosicielami zarazy mogą być ludzie zdrowi, — co ma niezmierną doniosłość praktyczną. Tem usilniej zwalczać należy możność obcowania osobników z pośród otoczenia chorej osoby ze zdrowemi. Odosobnienie powinno dotyczyć zatem takich osób zarówno, jak chorych i ozdrowieńców. Na przedmiotach, z którymi stykali się chorzy, w kurzu mieszkań po chorych i t. p. nie znaleźli kol. Droba i Kučera zarazka, co się zresztą tłómaczy słabą odpornością jego na wysuszanie. To też tem trudniej z tymi faktami pogodzić wniosek kol. Droby co do udzielania się zarazka z powietrza. Prace dawniejsze i nowsze, liczne badânia moje i Flüggego nie wykryły w powietrzu wogóle zarazków chorobotwórczych. Zarazki, uważane za ropotwórcze, a znajdowane w powietrzu, nie dają aglutynacyi z surowicą swoistą, a więc ropotwórczemi nie są. Nawet tak wytrzymałe na wysuszanie zarazki, jak gruźlica, według doświadczeń nowszych raczej drogą zakażenia przez rozpylenie (Tröpfcheninfection) przenikają do ustroju. To też i zarazek zapalenia opon raczej tą drogą zakaża, niż jako pył w powietrzu zawieszony. Że zakażenie dotyka tylko nieliczne osobniki, może to polegać na usposobieniu tkanek, które może się wyrazić n. p. pewną specyalną budową jamy nosowej lub większą łatwością chłonienia zarazka przez ziejące przestwory chłonne« (*Streszczenie własne*).

Kol. Lewkowicz zwraca uwagę, że wypowiedział już w r. 1900 w Towarzystwie lek. krak. i w pracy, drukowanej w Przeglądzie, zapatrywanie, z którem kol. Droba obecnie wystąpił na podstawie swoich badań, że mianowicie epidemia szerzy się jako zakażenie nosa swoiste, względnie *rhinitis meningococcica*, a na tle tej właściwej epidemii wystrzelają sporadycznie przypadki zapalenia opon. Odczytuje odpowiedni ustęp. Co do sposobów szerzenia się zakażenia, to (obok zakażenia przez zetknięcie) należy niewątpliwie przypisać wielkie znaczenie i szerzeniu się przez powietrze, mianowicie zakażeniu kropelkami (Tröpfcheninfection), dostającemi się w powietrze przy kaszlu, kichaniu, głośnej mowie, jak to przyjmujemy i przy innych chorobach, przy których zarazek znajduje się w wydzielinach nieżytowych błon śluzowych, np. krztuścu, grypie, a także i gruźlicy. Sprawę uznania typu Weichselbaumowskiego meningokoka za swoisty zarazek danej choroby uważa L. za przesądzoną od czasu wystąpienia Albrechta i Ghona, uczniów Weichselbauma. Zwraca uwagę na badania autorów amerykańskich, szczególniej Councilmana, Malloryego i Wrighta, którzy w dużej liczbie przypadków znajdowali wyłącznie typ Weichselbaumowski. (*Streszczenie własne*).

Kol. Gertler: »Prelegent przytoczył cały szereg poszukiwań ziarenkowców zapalenia opon na przedmiotach, otaczających chorego, na odzieży, pościeli, podłodze i t. p., pominął jednak sprawę przenoszenia się tej choroby przez zwierzęta domowe, owady i muchy. Koch i inni badacze zwracali szczególniejszą uwagę na ten sposób przenoszenia się chorób zakaźnych. Co do metody hodowania ziarenkowców, nasuwają się następujące uwagi: Badania dotychczasowe nad hodowaniem ziarenkowców stwierdziły, że często trudno je wyhodować z płynu mózgowordzeniowego, zwłaszcza, jeśli zawarte w ciałkach białych meningokoki są nieco zmienione. Nadto znane są zapatrywania Jägera i Weichselbauma co do sposobu otrzymywania hodowli i zamęt, jaki wywołał wygląd zewnętrzny hodowli agarowych, wygląd i wielkość poszczególnych kolonii, a oprócz tego trudność utrzymywania hodowli agarowych przez czas dłuższy. Trudności te usuwają poniekąd hodowle na bulionie samym lub też z dodatkiem płynu puchlinowego. Chcąc jednak z tych pożywek otrzymać hodowle agarowe, zdawałoby się, sądząc z jałowych powierzchni agarowych, że drobnoustrój w bulionie obumarł, tymczasem tak nie jest. Już Jäger i Weichselbaum zauważyli, że powlekanie powierzchni agarów krwią ludzką bardzo sprzyja rozwojowi ziarenkowców. Mając w kwietniu i maju b. r. 4 płyny po nakłuciu lędźwiowem (2 dzięki uprzejmości kol. J. Landaua, 2 z spostrzeżeń własnych), mogłem się przekonać o trudnościach wspomnianych. Zwykle pierwsza hodowla agarowa z płynu lędźwiowego składała się z dość obfitych kolonii, a gdy przenosiło się codziennie lub co drugi dzień hodowle do innych probówek agarowych, ziarenkowce albo wcale nie wyrastały, albo tak skąpo, że nie można było ich użyć do innych doświadczeń biologicznych. Wówczas przyrządziłem w Zakładzie Prof. Bujwida cały szereg pożywek agarowych z różnemi przymieszkami, i tak: z dodatkiem surowicy ludzkiej, w stosunku 1:100, 1:75, 1:25, 1:20, z dodatkiem krwi ludzkiej w tym samym stosunku, dalej agary, polane płynem puchlinowym, surowicą końską, krwią ludzką, króliczą, a nadto agary glicerynowe. Na pożywki te szczepiłem materyał z hodowli 4—5-dniowej, a zatem takiej, w której drobnoustroje miały już pod drobnowidem kształty degeneracyjne. Doświadczenia te dowiodły, że dodatek surowicy czy to ludzkiej, czy końskiej podczas przyrządzenia lub polewanie powierzchni agarowych upośledzały wzrost kolonii, tak, że można było dostrzedz jedną lub kilka ledwie okiem widocznych kolonii w dolnej części rurki około wody skroplonej. Podobny wynik był na agarze glicerynowym, lepszy na agarze powleczonym krwią. Najlepszy wynik był na agarze, polewanym płynem mózgowordzeniowym z królika. Przez nakłucie lędźwiowe przy małej wprawie udaje się wyciągnąć strzykawką Pravaza u królika $\frac{1}{2}$—2 cm^3 płynu mózgowordzeniowego, z początku przeźroczystego, później z przymieszką krwi. Ilość ta płynu wystarczy zupełnie do 8—10 rurek agarowych. Przekonawszy się, że pożywki są jałowe (przez wstawienie do cieplarki na dobę), można je użyć do hodowania ziarenkowców. Wyniki hodowli są wprost zdumiewające. W rurkach, gdzie używało się materyału bardzo rozcieńczonego, powstają kolonie ogromnych rozmiarów, 8—15 razy większe od kolonii wyrastających na zwykłym agarze. Również i czas wzrostu kolonii, jest o wiele krótszy; już po 18 godzinach kolonie są duże; natomiast na agarach zwyczajnych, surowiczych lub glicerynowych, albo wcale jeszcze kolonii niema, albo są ledwie pod lupą widoczne. Tym sposobem powiedzie się hodować ziarenkowce z wielu przypadków, w których dotychczasowym sposobem to się nie udawało. Co do własności ziarenkowców, że wyrastają tylko ponad 25°C., zaznaczam, iż cecha ta nie bardzo nadaje się do odróżnienia tych drobnoustrojów od innych, gdyż wiadomo, że drobnoustroje można przyzwyczaić do wzrostu przy znacznie niższej ciepłocie. Również i cecha różniczkowa, podana przez innych badaczy i prelegenta, że ziarenkowiec żyje tylko 5—7 dni w ciepłocie pokojowej, nie może się utrzymać, gdyż udało mi się z hodowli, otrzymanej na agarze, powleczonym płynem mózgowordzeniowym (króliczym), przeszczepić drobnoustrój ten po 2 tygodniach z wynikiem pomyślnym, a przypisuję to tylko silnemu i bujnemu wzrostowi na opisanej pożywce« (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Klecki zabiera głos w sprawie odporności badanych chorych, mianowicie zapytuje, jak się zachowały mikroby, znajdowane w fagocytach, odnośnie do ciężkiego lub lek-

kiego przebiegu klinicznego i jak się zachowały mikroby, znajdowane poza fagocytami w osadzie płynów mózgowordzeniowych.

Kol. Droba w odpowiedzi kol. Prof. Bujwidowi zaznacza, że powietrze, jako drogę zakażenia przyjąć nakazywał cały szereg spostrzeżeń, które w wykładzie podkreślono, a z których na pierwszy plan wybijała się równoczesność występowania kilku przypadków w jednej rodzinie, a także okoliczność, wynikła z dodatnich badań bakteryologicznych wydzieliny z nosa odpowiedniej rodziny, — które nakazywały przyjąć, że tu zakażenie i to równoczesne dotyczy całych rodzin, względnie tych członków rodziny, które w krytycznej chwili narażone są na zakażenie, czego dowodem rodzina Wąsowiczów, Buczków i t. d., gdzie choroba wystąpiła równocześnie u kilku członków rodziny i gdzie nadto stwierdzono obecność swoistego zarazka i w wydzielinie nosa zdrowych członków tychże rodzin. Gdy się do tego doda spostrzeżenia, tyczące się sposobu wniesienia zakażenia w domy Wąsowiczów, Słotów i t. d., gdzie nocowali robotnicy, pochodzący z wielkiego ogniska epidemicznego i rano myjąc się, wyrzucali wydzielinę nosa na ziemię — to musi się przyjąć, że odgrywa tu rolę droga zakażenia, dostępna równocześnie dla wielu osób, dla całych rodzin, a tą jest powietrze, zawierające pył z żywymi zarazkami. Przeciw temu twierdzeniu podnieśliśmy sami zarzuty z równoczesną na nie odpowiedzią, które podniósł kol. Bujwid, jakoto małą wytrzymałość zarazka na wyschnięcie i ten szczegół, że ani razu nie wyhodowaliśmy swoistego zarazka z 70 próbek zbadanego kurzu podłóg i ziemi z mieszkań chorych. Co do pierwszego, to doświadczalnie stwierdzono, naśladując warunki naturalne, że wytrzymałość zarazka jest małą, ale wystarcza w zupełności, aby ten w stanie żywym mógł być rozpylonym z zaschniętej wydzieliny nosa, wyrzuconej na ziemię, i podniesiono przy tem, że właśnie ta ograniczona wytrzymałość z przyjęciem tej drogi zakażenia tłómaczy szczegóły z epidemiologii tej choroby, których ani zakażeniem przez bezpośrednie zetknięcie, ani tak zwaną: »Tröpfcheninfection« wytłómaczyć się nie da. To też nie wyłączając tych dróg zakażenia, podniesiono drogę powietrza na plan pierwszy. Szczegół, że w 70 próbkach kurzu nie stwierdzono obecności zarazka, jest sprzeczny, ale również tylko pozornie, bo badane próbki mogły być brane w czasie, kiedy zarazek już nie żył, albo z miejsc, gdzie go wcale nie było. Znaczenie powietrza, jako drogi zakażenia, ogranicza się do minimum przy zakażeniach przyrannych, w chirurgii, ale nigdy w sposobach przenoszenia się chorób zakaźnych. W odpowiedzi tej jest już odpowiedź na drugą sprawę, poruszoną przez kol. Lewkowicza, t. j. sprawę »Tröpfcheninfection«. Co się tyczy pierwszego zarzutu, t. j. pominięcia przypuszczenia, wyrażonego przez kol. Lewkowicza w artykule: »O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych« w Przeglądzie lekarskim z r. 1900, a wkraczającego w zakres epidemiologii zapalenia opon, to pominięto je w odczycie podobnie, jak wiele innych przypuszczeń, nie popartych żadnym realnym dowodem, celem skrócenia wykładu, gdyż w poglądzie historycznym uwzględniono jedynie twierdzenia, poparte bądź to dodatnimi wynikami badań bakteryologicznych, bądź też ścisłemi spostrzeżeniami epidemiologicznemi. Co się tyczy spraw, poruszonych przez kol. Gertlera, to myśl badania owadów (much, pcheł i t. d.), jako możliwych przenośników choroby, postawiono w planie badań, a nie wprowadzono tej myśli w czyn jedynie z powodu braku czasu, gdyż przedewszystkiem uwzględniano badania, dotyczące potwierdzenia myśli, wyłaniających się ze spostrzeżeń epidemiologicznych, a te dawały taki wielki materyał, że na badania owadów nie pozostało czasu. Co się tyczy pożywek, to agaru z krwią próbowano, agaru z płynem mózgowo-rdzeniowym nie. Pożywki, używane przez autorów, dawały dobre wyniki, gdyż nie wyhodowano zarazka tylko z dwóch próbek płynu mózgowo-rdzeniowego, w których stwierdzono obecność zarazka mikroskopowo, ale te próbki były nadesłane i nie jest wyłączonem, że naczynia były przepłukiwane w środkach przeciwgnilnych. W sprawach, podniesionych przez kol. Prof. Kleckiego, zaznaczono, że wśród badanych przypadków zarysowała się grupa przypadków lekkich o pomyślnem zejściu, w których badanie mikroskopowe płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało mały odsetek leukocytów, zajętych przez zwyrodniałe formy mikrobów. Szczegółu tego nie można wciągać jako pewnego czynnika w rokowaniu, gdyż spostrzegano podobny przypadek, który się zakończył niepomyślnie. Co się tyczy zachowania się mikrobów poza fagocytami, to na szczegół ten nie zwracano szczególniejszej uwagi. *(Streszczenie własne).*

III. Kol. Rydel wygłosił zapowiedziany wykład: **O czuciu wibracyjnem.** W dyskusyi zabrał głos Prof. Piltz: »Pytanie« czy czucie wibracyjne jest nowym rodzajem czucia, czy też składową częścią lub wypadkową innych rodzajów czucia, dotychczas nie zostało rozstrzygnięte. Dotychczas nie spostrzegano takiego przypadku, w którym, przy zniesieniu wszystkich innych rodzajów czucia, czucie wibracyjne byłoby całkowicie zachowane. Z drugiej strony tam, gdzie czucie wibracyjne jest zniesione, spotykamy zazwyczaj zaburzenia czucia mięśniowego, bólowego, termicznego lub dotykowego. Dośrodkowa droga w rdzeniu dla przeprowadzania czucia wibracyjnego także dzisiaj nie jest jeszcze znaną. Egger przypuszcza, że czucie wibracyjne prowadzi do mózgu szara istota rdzenia, a Marinesco, że czynność tę spełniają tylne pęczki, a mianowicie część ich, przylegająca do tylnych rogów. O ile z odnośnych badań Eggera, Dejerinea, kol. Rydla i Seiffera sądzić można, topografia zaburzeń czucia wibracyjnego, tak samo, jak i czucia dotykowego, bólowego i termicznego, bywa »peryferyczną«, »korzonkową (radykularną)« i »mózgową«, zależnie od tego, czy zmiany chorobowe, które te zaburzenia wywołały, dotyczą nerwów obwodowych, rdzenia, czy mózgu. Tak, iż z topografii zaburzeń czucia wibracyjnego możemy wnosić o tem, czy sprawa chorobowa leży w nerwach obwodowych, w rdzeniu, czy w mózgu. Egger, kol. Rydel i Seiffer przyszli na podstawie swoich doświadczeń do przekonania, że tam, gdzie spotyka się zaburzenia czucia wibracyjnego, istnieje zazwyczaj także i bezład (ataksya) i naodwrót, że przy bezładzie zazwyczaj spotyka się zaburzenia czucia wibracyjnego. Istnienia takiej zgodności, takiej współrzędności pomiędzy pojawianiem się zmian czucia wibracyjnego i bezładu, nie potwierdza praca Sterlinga, drukowana w Pamiętniku warszawskiego Tow. lek.; wobec tego dalsze badania w tym kierunku będą bardzo pożyteczne. W końcu należy podnieść, że przyrząd do badania czucia wibracyjnego, podany przez kol. Rydla i Seiffera jest nadzwyczaj wygodny. Zapomocą tego przyrządu autorowie określili fizyologiczny stopień wrażliwości najważniejszych punktów kośćca. Przyjmując tabelę kol. Rydla i Seiffera za podstawę, możemy z ogromną łatwością przy badaniu klinicznem oznaczyć każdorazowo, jeżeli się tak wyrazić można, »bezwzględne« upośledzenie czucia wibracyjnego dla każdego punktu kośćca z osobna, porównywując otrzymany wynik z tabelą kol. Rydla i Seiffera, wskazującą, jaki jest w danem miejscu kośćca fizyologiczny stopień wrażliwości. *(Streszczenie własne).* Za sekretarza dor.: *Dr. T. Cybulski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Doświadczenia na zbrodniarzach. Ciekawy artykuł w tej sprawie znajdujemy w *Med. Klinik* z 26 listopada 1905. Oto jego treść:

W piśmie, ogłoszonem przez »*Lancet*« (1905, 30 września) porusza Preston King myśl, żeby lekarze żądali rzeczy następującej: zbrodniarzom, skazanym na śmierć, których życie zatem jest wedle panujących przekonań własnością społeczeństwa, pozostawia się możność uniknięcia śmierci przez to, że zgodzą się poddać jakiemuś patologicznemu doświadczeniu. King jest przekonany, że każdy zbrodniarz, skazany na śmierć, chwyci się bez namysłu tej deski ratunku i w ten sposób doświadczenia co do powstawania i leczenia chorób będzie można rozszerzyć. Możnaby n. p. w ten sposób ostatecznie rozstrzygnąć, czy gruźlica bydlęca da się przenieść na człowieka, lub czy rak da się przeszczepić z jednego osobnika na drugi. Także badania toksyn i antytoksyn, które obecnie ograniczają się do doświadczeń na zwierzętach i których wyniki można przyjmować za pewniki tylko z zastrzeżeniem, byłyby przez pracowanie w żywej pracowni ludzkiego ustroju niezwykle ułatwione i dałyby obfite owoce. King dopatruje się w propozycyi swej nawet pewnej sprawiedliwości, skoro według niej ten, co zniszczył ludzkie życie, swoje tylko na to zachowuje, by ułatwić ratowanie życia innych osobników. Myśl Kinga jednak nie jest nową. W artykule wstępnym, który *Lancet* ogłasza z powodu odezwy Kinga, można znaleźć wzmiankę o osławionych wiwisekcyach Herofila z Aleksandryi i o niektórych doświadczeniach lekarzy epoki renesansu. Oczywiście nie pytano wtedy skazańca o zezwolenie. Tak więc dawną myśl obleka się teraz tylko w modny humanitarny płaszczyk.

Pomysł Kinga budzi najrozmaitsze uwagi krytyczne. Słusznem jest przypuszczenie, że bardzo wielu, chociaż nie wszyscy skazańcy chętnie poddadzą się doświadczeniu, byle uniknąć śmierci; wszak znaną jest rzeczą, że w różnych czasach istnieli odważni ludzie, którzy sami na sobie robili, lub robić pozwalali doświadczenia naukowe (n. p. owi amerykańscy żołnierze, którzy się ofiarowali do

doświadczeń z żółtą febrą). Skazańcy chętnieby się więc na tę myśl zgodzili, a i z punktu widzenia humanitarnego nieby jej zarzucić nie można. Podobnież i z punktu widzenia prawnego. Ustawa jednak nie pozostawia skazanemu wyboru między dwiema karami. Gdzie istnieje kara śmierci, (a tylko tam myśl Kinga dałaby się urzeczywistnić), tam tylko panujący może ją w drodze łaski zamienić na łagodniejszą karę. Tam więc tylko panujący, gdyby skazany ofiarował swe życie na cele naukowe, mógłby w ten sposób ułaskawiać.

Taką ugodę podnosić jednak do wysokości zasady, sprzeciwiałoby się duchowi ustawodawstwa, które nakłada karę śmierci, gdyż żąda ono, by morderca odpokutował swą winę i nie pozostawia mu wyboru rodzaju kary, jaki mu najbardziej odpowiada. Nadto nauka prawa pojmuje obecnie karę śmierci nie jako akt zemsty, ale jako środek ochronny, jako sposób pozbywania się szkodników społecznych i środek, odstraszający naśladowców.

Cała ta sprawa ma wyraźne cechy utopii, niemniej jednak ma znaczenie objawu, który należy podkreślić. Że w Anglii, twierdzy prawniczego konserwatyzmu, w kraju, skąd wyszedł ruch antiwiwisekcyonistyczny i w którym szanuje się przedewszystkiem wolność poszczególnych jednostek, pismo tak poważne, jak *Lancet*, pomysł Kinga z całą powagą omawia na naczelnem miejscu, — to zasługuje na uwagę, bo jest poniekąd znamiennem dla epoki, aż do skrajności dumnej ze swych doświadczeń naukowych. *E. S.*

Izba panów a ministerstwo zdrowia w Austryi. Austryacki związek stowarzyszeń lekarskich wniósł do Izby panów podanie o stworzenie w Austryi oddzielnego ministerstwa sanitarnego.

Sprawozdawca Izby panów hrabia Merveldt wywodził w dniu 20 grudnia 1905, co następuje: Związek stowarzyszeń lekarskich podnosi przedewszystkiem, że zdobycze nauki obok najzupełniej zmienionych stosunków tak dalece wstrząsnęły podwalinami austryackiej służby zdrowia publicznego, że państwowa ustawa sanitarna z 30 kwietnia 1870 r. jest już dawno przestarzałą i wymaga stanowczo zmiany. Należałoby zająć się usunięciem obecnych braków w zarządzie sanitarnym, przedewszystkiem w tym kierunku, żeby załatwianie spraw zdrowia publicznego nie było w części przydzielone władzom państwowym, a w części władzom autonomicznym, dalej, żeby sprawy te nie były, jak dotąd, rozrzucone w różnych ministerstwach, a wreszcie, żeby stanowiska naczelne w sprawach zdrowia oddać zawodowcom, których dotąd przydzielano tylko jako podwładnych referentów naczelnemu urzędnikowi, wykształconemu prawniczo i administracyjnie. Petycya związku lekarskiego streszcza się w prośbie o urządzenie ministerstwa zdrowia z zawodowcem na czele. Sprawozdawca podnosi, iż wyznaczona przez Izbę komisya musiała w uzasadnieniu prośby uznać słuszność wielu szczegółów, szczególnie co się tyczy zawikłanych stosunków kompetencyi przeróżnych władz, zajmujących się sprawami zdrowia publicznego. Wobec tego wnosi komisya, by przekazać prośbę związku lekarskiego rządowi.

Radca dworu prof. Toldt oświadczył, że jego zdaniem związek stowarzyszeń poszedł w swem podaniu nieco za daleko. Niemniej zasługuje na uwagę uzasadnienie podania. Służba zdrowia publicznego, powiada mowca, stoi w Austryi na odpowiednim stopniu rozwoju i oddała znakomite usługi, szczególniej w ostatnich dziesiątkach lat; nie byłoby jednak zgodnem z prawdą, gdyby ktoś twierdził, że służba ta nie posiada braków i usterek. A więc słusznie podanie narzeka na obecną decentralizacyę służby zdrowia, słusznie się żali, że czynności sanitarne rozdzielone są nietylko między liczne władze państwowe, ale także między przeróżne ciała autonomiczne, z czego wynika niejednolitość w wykonywaniu przepisów sanitarnych. Obok tego grozi zawsze to niebezpieczeństwo, że wykonanie, a nawet stanowienie przepisów sanitarnych dostaje się w ręce osób, które się na rzeczy nie rozumieją i dlatego też nią nie zajmują się w należyty sposób. Jako przykład, co się stać może, jeśli laicy rozstrzygają o sprawach zdrowia publicznego, przytoczył mowca fakt, jaki się zdarzył niedawno w jednem z prawodawczych ciał Wiednia. Szło o uchwalenie stosunkowo małej sumy na premia za szczepienie ospy, przyznawane lekarzom, jako zachęta do dokładnego i gorliwego wykonania tej w zasadzie bezpłatnej czynności. Nieuchwalenie tych premii stanowiłoby niebezpieczeństwo dla publicznego zdrowia. Otóż w owem ciele prawodawczem sprawa premii uzyskała większość jednego tylko głosu. Gdyby przypadkiem tego jednego głosu brakło, toby może w tym roku w Austryi Niższej szczepienie było niezupełnie dokładnie wykonane. Mowca zakończył wnioskiem, aby Izba poleciła rządowi zajęcie się motywami, zawartymi w prośbie austryackiego związku stowarzyszeń lekarskich, zmierzającymi do naprawy w duchu czasu i skutecznego urządzenia publicznej służby zdrowia.

Sprawozdawca hrabia Merveldt, godząc się z krytyczną częścią przemówienia prof. Toldta, oświadczył, że według jego osobistego mniemania utworzenie centralnej władzy sanitarnej stanowić będzie ważny i cenny postęp na polu publicznej służby zdrowia w Austryi, choć niekoniecznie musi to być ministerstwo, niekoniecznie musi się zawodowca-lekarza mianować odrazu ministrem, któryby jako członek gabinetu musiał brać udział we wszystkich politycznych zmianach gabinetu. Zarówno z tych, jak i z formalnych względów, obstawał sprawozdawca hr. Merveldt przy pierwotnym wniosku komisyi.

W głosowaniu przyjęto wniosek radcy dworu dra Toldta.

Słusznie też »*Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung*«, przytoczywszy te rozprawy w Izbie Panów, dodaje od siebie: Strzeż nas Boże przed naszymi przyjaciółmi, bo z naszymi wrogami sami sobie poradzimy". Boć podanie znalazło zupełne uznanie referenta i komisyi, a nie poparł go tylko ten, który je jako lekarz przedewszystkiem w całej rozciągłości poprzeć był powinien. *Stahr.*

W sprawie oddawania chorym leków, przysyłanych przez fabryki lekarzom dla celów doświadczalnych. Niema teraz napewno ani tygodnia, żeby lekarz praktykujący w krajach cywilizowanych nie dostał z jakiej fabryki przesyłki, zawierającej jakiś lek, z prośbą, by zechciał go w odpowiednim przypadku użyć. Tymczasem zdarzało się, że sądy skazywały (szczególnie w Niemczech) lekarzy za oddawanie chorym (nawet bezpłatne) przysłanych im przez fabryki leków, gdyż ustawy orzekają, że winnym staje się przekroczenia, kto bez zezwolenia władzy trucizny lub leki, o ile handel nimi nie jest wyraźnie dozwolony, przyrządza, ma u siebie na składzie, sprzedaje, lub w jakikolwiek sposób innym oddaje. Wprawdzie nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że celem owych przepisów ustawy jest ochrona publiczności przed szkodą i niebezpieczeństwem, jakieby wynikły, gdyby lekami i truciznami kupczyli niepowołani i nieodpowiedzialni, jednak wyroki sądowe z ostatnich lat rozciągały ów przepis karny także i na lekarzy, którzy jednorazowo i bezpłatnie oddawali swoim chorym leki, przysyłane celem doświadczeń przez nieproszone o to fabryki.

W Badenie wreszcie rozporządzenie ministeryalne z 2 sierpnia 1905 sprawę tę uporządkowało. Rozporządzenie to brzmi: Nie jest karygodnem, jeśli lekarz leki, przysłane mu przez fabryki do doświadczeń, oddaje swoim chorym, ale bezpłatnie. Należy się spodziewać, że i w innych krajach władze w podobny sposób na tę sprawę zapatrywać się będą. *E. S.*

W sprawie lekarskiej tajemnicy zawodowej. Tajemnica lekarska jest sprawą, często omawianą, a mimoto nie jest dotąd ustalonem pojęcie tej tajemnicy. Sprawa tajemnicy lekarskiej doznała pewnego oświetlenia przez wyrok, jaki zapadł w sądzie państwowym niemieckim z powodu znanego przypadku berlińskiego. Jak wiadomo, skazał sąd krajowy w Berlinie pewnego lekarza za przekroczenie § 300 ustawy państwowej (zdrada tajemnicy zawodowej) w następującym przypadku. Lekarz rozpoznał zakażenie kiłowe u pewnej młodej dziewczyny i ostrzegł wtedy jej szwagrową, u której był domowym lekarzem, by trzymała dzieci swoje zdaleka od owej młodej dziewczyny; wiedział zaś na pewno, że dzieci te często sypiają z ową chorą dziewczyną w jednem łóżku. Lekarza tego w pierwszej instancyi zasądzono za zdradzenie tajemnicy zawodowej, bo sąd wychodził z założenia, że lekarz tylko wtedy ma prawo łamać lekarski obowiązek milczenia, jeśli go strona z tego obowiązku wyraźnie zwalnia, albo jeśli musi świadczyć na zasadzie ustawy. Natomiast sąd wyższy inaczej rzecz tę ocenił: „Ponieważ milczenie lekarza mogło pociągnąć za sobą dalsze zakażenie innych osób, a więc w rozumieniu ustawy uszkodzenie ciała, zatem lekarz miał dostateczny powód do ostrzegania." Sąd wyższy odesłał przeto sprawę do ponownego rozpatrzenia sądowi niższemu, który teraz na wniosek prokuratora lekarza od winy i kary uwolnił.

Z tego wyroku wynikałoby zatem, że nie staje się winnym złamania tajemnicy zawodowej lekarz, który z pobudek słusznych natury ogólnej w sposób odpowiedni wprost i bezpośrednio osoby zagrożone o czyjemś cierpieniu powiadamia. *E. S.*

Spadek liczby studentów medycyny. W ostatnich dwudziestu latach bywały wydziały lekarskie na całym świecie przepełnione uczniami, a od kilku lat dopiero liczba studentów medycyny spada. W r. 1905 dosięgła liczba lekarzy we Francyi 20.709, z czego 3586 przypadało na sam Paryż. Obecnie we Francyi, gdzie jeszcze w roku 1895 liczono 7779 studentów medycyny, było ich (w r. 1905) tylko 6763. Liczba studentów medycyny spadła w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jeszcze gwałtowniej. W r. 1904 było tam 28.132 studentów medycyny, a już w minionym roku tylko 26.147. W cesarstwie niemieckiem podnosiła się

liczba studentów od r. 1858 do r. 1888 stale od 2054 do 8513, od r. 1888 zaczęła znowu opadać, aż w r. 1903 spadła na 6232. Bardzo wyraźny zaznaczył się spadek również i w Austryi. Ogólna liczba wszystkich zwyczajnych słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1891/1892 wynosiła tu 5275, liczba nadzwyczajnych 1208: natomiast w r. 1900/1901 było w całej Austryi 2555 zwyczajnych i 1168 nadzwyczajnych słuchaczy. Liczba promocyi wynosiła w roku 1891/1892 na wszystkich wydziałach austryackich 721, w roku 1901/1902 tylko 603, a w r. 1903/1904 tylko 561. *Stahr.*

Związek lekarzy praktykujących w Austryi dolnej prócz Wiednia i stowarzyszenie dolno-austryackich lekarzy gminnych oświadczyły władzom tych krajów, że lekarze dolno-austryaccy nie będą od 1 lutego b. r. wykonywać szczepienia urzędowego badania włóczęgów i opieki lekarskiej nad podrzutkami, jeżeli im do tego czasu nie będzie przyznane za te czynności odpowiednie wynagrodzenie. Znamienne są, a niestety prawdziwe zestawienia, któremi postanowienie to uzasadniono, n. p.: Za szczepienie człowieka i związaną z tem pisaninę otrzymuje lekarz 20 hal., zaś weterynarz za szczepienie ochronne nierogacizny przeciw róży od sztuki 40—80 h.; za badanie włóczęgi wyznaczono lekarzom 36 hal., gdy fryzyer za strzyżenie włosów temuż włóczędze otrzymuje 40 h. Izba lekarska wiedeńska uchwaliła poprzeć dążenia lekarzy dolno-austryackich. *R.*

Wiadomosci bieżące.

Kraków, 25 stycznia.

— W dniu 24 b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem Prof. Piltz przedstawił chorą ze swej kliniki, a Prof. Browicz wygłosił wykład p. t. »Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych«.

— W Towarzystwie lekarskiem lwowskiem wybrani zostali na r. 1906: prezesem Dr. Teofil Stachiewicz, wiceprezesem Doc. Dr. F. Kośmiński, sekretarzem Dr. Witołd Ziembicki, bibliotekarzem Dr. A. Zawadzki, skarbnikiem Doc. Dr. A. Bednarski, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. Dr. S. Jasiński, Moszkowicz, Doc. Rencki, Eug. Wajgiel, K. Zgórski, zastępcami delegatów Doc. Dr. Herman i M. Lilien.

— Dzienniki donoszą, że sąd lwowski dopuścił Dr. Florę Ogórkównę i Dr. Moraczewską na znawczynie w procesie o unieważnienie małżeństwa. Poraz pierwszy w Austryi wystąpią lekarki w roli znawców sądowych.

— Jak donosi »Tygodnik lekarski«, zgodziło się już zasadniczo ministerstwo oświaty na to, by Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie postawiło osobny budynek, który rząd obowiązuje się wynajmować za czynszem rocznym na cele kliniki chorób dziecięcych. Nie ma jeszcze zgody na wysokość czynszu i opłat, jakie rząd ma składać za utrzymanie chorych w klinice. W każdym jednak razie piekąca sprawa utworzenia kliniki pedyatrycznej we Lwowie posunęła się o krok naprzód.

— Wydział lekarski lwowski postanowił na posiedzeniu 12 stycznia 1906 przedstawić ministerstwu wniosek, aby docentów pryw. dr Bohosiewicza i dr. Gońkę mianowano równorzędnymi kierownikami ambulatoryum dentystycznego, które ma być utworzone we Lwowie; doc. dr. Bar ącza przedstawiono do tytułu profesora nadzwyczajnego; wreszcie oświadczył się wydział przeciw dopuszczeniu kobiet do habilitacyi z zakresu nauk lekarskich.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali na rok 1906: prezesem dr. Dunin, wiceprezesem dr. Kamocki, sekretarzem I dr. Korzon, sekretarzem II dr. Landstein. Sekretarzem stałym jest prof. Hoyer, podskarbim dr. Dobrski, a bibliotekarzem dr. Bieliński.

— Dr. Władysław Biegański został wybrany członkiem honorowym Towarzystwa lek. warszawskiego.

— W Towarzystwie lekarskiem wileńskiem przemówiono 24 listopada r. z. po raz pierwszy od lat 40 po polsku. Oprócz zagajenia posiedzenia przez prezesa dr. Wojnicza, wygłosił polski wykład dr. Strzemiński o swoich spostrzeżeniach nad gradówką.

— Zawiązany w Krakowie miejscowy komitet dla międzynarodowego zjazdu, mającego się odbyć w Londynie w r. 1907 w sprawach higieny szkolnej, wybrał prezesem prof. Jordana, a I sekretarzem prof. J. Nowaka.

— Mieszkańcy miasta Frysztatu na Śląsku austr. proszą za pośrednictwem dzienników, by ktoś z lekarzy Polaków zechciał osiedlić się w tem mieście, albowiem miejscowe stowarzyszenie »Nordmark« stara się sprowadzić lekarza-Niemca na opróżniające się tam miejsce; dla miejscowej ludności polskiej jest osiedlenie się Polaka sprawą niezmiernej wagi. Informacyi można zasięgnąć u Dr. Miszkego do 26 b. m. we Frysztacie, a później w Jaworzniu w Galicyi.

— Na katedrę po Nothnaglu, której przyjęcia odmówiło już kilku wybitnych klinicystów niemieckich, przedstawił wydział lekarski wiedeński 13 b. m. ostatecznie Noordena i Minkowskiego na pierwszem, Romberga na drugiem miejscu.

— Izba lekarska wiedeńska powzięła 9 b. m. uchwałę, by ostro zaprotestować przeciwko temu, że wydziałem sanitarnym w ministerstwie spraw wewn. kieruje były namiestnik Krainy, bar. Hain, któremu w czasie choroby dawnego kierownika, dr. Kusyego, oddano zarząd wydziału. Po śmierci dr. Kusyego mianowano wprawdzie dr. Daimera referentem spraw sanitarnych, lecz jest to stanowisko podwładne i najwyższą władzę w sprawach sanitarnych państwa posiada istotnie — prawnik.

— Popołudniowy spoczynek niedzielny dla lekarzy uchwaliły zaprowadzić Towarzystwa lekarskie we Frankfurcie n. M. i w Canstatt. Podobnie, jak w innych miastach, gdzie urządzenie to już zaprowadzono, przeniosą wszyscy lekarze swe godziny przyjęcia w niedzielę na poranki, popołudniu zaś będą porady udzielać tylko kolejno dyżurujący lekarze. We Frankfurcie dyżury te oparte będą na zasadzie wzajemności koleżeńskiej, nie będą przeto wynagradzane osobno.

— Dzienniki donoszą, że kierownictwo Finsenowskiego zakładu w Kopenhadze zamierza założyć zakład leczenia światłem chorób sercowych i nerwowych; w tym celu podjęto starania o uzyskanie części funduszów, zebranych na pomnik Finsena i o zasiłki ze strony rządu duńskiego. Zakład ten, podobnie jak już istniejący zakład leczenia wilka, będzie miał charakter prywatny.

— Na zakład badania i leczenia raka, który ma być otwarty w Heidelbergu w połowie września b. r., zebrano dotąd 710,000 marek. Ofiarujący 100,000 marek mają prawo rozporządzać rocznie 300 dniami leczenia bezpłatnego dla wskazanych przez siebie chorych. Uniwersytet i rząd zobowiązały się utrzymywać zakład najmniej przez 50 lat.

— Między 31/XII 1905 a 6/I 1906 stwierdzono 54 nowych przypadków duru osutkowego w 16 gminach 13 powiatów Galicyi (Nadwórna i Tłumacz po 8, Kamionka i Stryj po 7, Przemyślany 6, Horodenka i Stary Sambor po 4, Mościska 3, Dobromil i Jarosław po 2, Brzeżany, Mielec i Śniatyn po 1); w następnym zaś tygodniu (do 13/I 1906) 20 dalszych przypadków duru osutkowego w 10 gminach 8 powiatów (Nadwórna 4, Kamionka, Myślenice, Stryj i Tłumacz po 3, Zborów 5, Jarosław, Stary Sambor po 1) i w tymże tygodniu 1 przypadek ospy w Krakowie (Rosyanka z Odessy) i 6 w Brodach.

Mianowani: Dr. Wolf, prof higieny i bakteryologii na politechnice drezdeńskiej, profesorem higieny w Tübingen; profesor Ruggi z Modeny profesorem chirurgii w Bolonii; doc. Silberschmidt profesorem bakteryologii w Zurychu; doc. Jesionek z Monachium profesorem dermatologii w Giessen.

Zmarli: Prof. medycyny sądowej Filippi we Florencyi; b. prof. okulistyki w uniwersytecie warszawskim dr. Emil Wolfring; chirurg prof Piechaud w Bordeaux; anatom prof. Forbes w Filadelfii.

Ś. p. dr. Tadeusz Czaplicki, asystent kliniki położniczo-ginekologicznej, wychowanek lwowskiego uniwersytetu, zmarł we Lwowie dnia 14 b. m., w 30 roku życia. Zapał, z jakim się zmarły poświęcał pracy zawodowej, wrodzone zdolności; i dar zjednywania sobie ludzi, uzasadniały najpiękniejsze nadzieje, jakie w nim koledzy jego i zwierzchnicy pokładali. Przeświadczone o wielkości straty, jaką przyniosła przedwczesna śmierć jego, liczny zastęp znajomych i przyjaciół odprowadził go na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie przemówił nad grobem prof. dr. Mars.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. H. Hoyer: 1881—1905 (Dwudziestopięciolecie „Gazety lekarskiej"). Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej.

— *Medycyna* Nr. 2. Grosglik: Rentgenogram nerki rakowatej, symulującej obecność kamienia. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 3. Łukasiewicz: Zasady leczenia wyprysku. Raczyński: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera

— *Postęp okulistyczny* 1905 Nr. 12. Wicherkiewicz: Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 2. Kutvirt: Airol jako diagnostická pomůcka při kariosnich zánětech ušnich. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Veselý: Topografická perkusse srdce. Bouček: Úvahy a skušenosti porodnické praktického lékare.

— *Liječnički Viejstnik* Nr. 1. Katičić: Prilog diagnozi trachoma. Dežman: Diagnoza i prognoza tuberkuloze. Gottlieb: Slučaj kombinirane ozlede četiriju živaca desne gornje okrajnine.

— *Semaine médicale* Nr. 3. Couto: Szmer skurczowy w czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

— *Presse médicale* Nr. 4. Lortat-Jacob i Vitry: Zmiany nerwów, a rozpadowa gruźlica płuc u osesków. Gourdon: Zmiany anatomiczne po bezkrwawem odprowadzeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Ancel i Bouin: Niedostateczne wydzielanie nasienia i niedostateczne wydzielanie wewnętrzne jądra. — Nr. 5. Savariaud: Leczenie chirurgiczne tętniaka podobojczykowego. Hartenberg Migrena dnawa. Hardouin i La Pipe: Leczenie wrzodów żylakowych przez okrężne nacięcie goleni.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 3. Koch: Obecny stan zwalczania gruźlicy. Orth: O komórkach wysięków w ogólności, a w szczególności w rozmaitych postaciach zapalenia opon. Senator: O dyetetycznem leczeniu wrzodu żołądka. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy (dok.). Küttner: Co wynika dla praktyka lekarza z postępów chirurgii nerek (dok.). Cuno i Trappe: Wyłuszczenie złośliwego nowotworu nerki. Reunert: O gruźlicy migdałków, dalszy przyczynek do sprawy leczenia tuberkuliną nową. Schmidt: Salit. Schumburg: Sposób szybkiego i taniego przyrządzenia obrazów do projekcyi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 3. Voelker i Lichtenberg: Pyelografia (Röntgenografia miedniczki nerkowej po napełnieniu jej kolargolem). Miller: Zez ku górze. Ehret: Rozpoznawanie kamieni przewodu żółciowego. Grassmann: Kilka spostrzeżeń co do digalenu. Rieder: Badanie żołądka i jelit promieniami Röntgena. Schrecker: O leczeniu nadkłykciowych złamań uda i ramienia wyciąganiem Bardenheuerowskiem. Labhardt: O klawinie. Morian: O ropieniach w zatoce Douglasa. Nieny: O uruchomieniu skrzywień bocznych kręgosłupa sposobem Klappa. Aderholdt: Rzadki przypadek wrodzonej sztywności w stawach palców. Ritter: W sprawie powstawania nowotworów. Colmers: 4 tygodnie w armii rosyjskiej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Schüller: Doświadczalne przecięcie piramid u psa i małpy. Stegmann: O leczeniu choroby Basedowa promieniami Röntgena. Gersuny: Przeciwdziałanie podnieceniu przy narkozie. Gobiet: Równoczesna ciąża zewnątrzmaciczna i wewnątrzmaciczna. Deutsch. Uwagi o wewnętrznem leczeniu wiewióra.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. Laache: Z kazuistyki obustronnego ropniaka opłucnej. Neisser i Sachs: Rozróżnienie sądowolekarskie krwi zapomocą działania antyhemolitycznego. Weil i Nakayama: Utrudnienie fagocytozy prątka siennego przez agressynę tego prątka. Meltzer: Hamujące i znieczulające własności soli magnowych. Rothmann: Przewodzenie czucia w rdzeniu (dok.). Schloesser: W sprawie leczenia nerwobolów wstrzykiwaniami wyskoku. Beitzke: O wykryciu bakteryi we krwi i jego znaczeniu. — Nr. 4. Stadelmann i Benfey: Doświadczenia co do leczenia gruźlicy surowicą Marmorka. Levin: Leczenie gruźlicy surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Moreschi: W sprawie antykomplementów. Brinitzer: Wzrost ciepłoty po użyciu tiosynaminy. Heine: Rokowanie w zapaleniu opon pochodzenia usznego.

Redakcya otrzymała: K. W. Majewski: Nowy przyczynek do ametropometryi. Odb. z „Postępu okulist.“ 1905. Kostanecki. Experimenteller Beitrag zur Feststellung der Herkunft der Centriolen der Furchungsspindel bei Myzostoma glabrum. Biul. Ak. Um. Kraków 1905. Godlewski E. jun. Die Hybridisation der Echinideen- u. Crinoideenfamilie. Biul. Ak. Um. Kraków 1905. Siedlecki i Krzyształowicz: Spostrzeżenia nad budową i rozwojem spirochaete pallida Schaud. Kraków. Ak. Um. 1906 — Sprawozdanie czytelni akad. we Lwowie za r. 1904/5. St Serkowski: Walka z cholerą w Królestwie polskiem. Odb z „Głosu lek.“ 1905. Ołtuszewski: O mowie i jej zboczeniach (Biblioteka lekarska R. II. T. X). Warszawa 1906. Str 438. z rysunkami i tablicami w tekście.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 3 (od dnia 14/I do 20/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dziew. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 16; zamiejscowych: męż. 14, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 3. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. —, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob. —. **Razem:** miejscowych 33, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

We środę dnia 31 stycznia 1906 o godz. 6 wieczór odbędzie się w ***Domu Towarzystwa*** (Radziwiłłowska 4) **posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego**, na którem przedstawiać i omawiać będą ciekawsze przypadki chorobowe, preparaty i narzędzia koll. Bogdanik, Borzęcki, Gettlich, Gliński, Nowotny, Reiss.